UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 35

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU TRAITEMENT DES

SALPINGO-OVARITES CHRONIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Février 1911

PAR

Paul RÉMUSAT

Né à Sisteron (Basses-Alpes), le 1er mars 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse

DE ROUVILLE, professeur, *président.*
TÉDENAT, professeur.
SOUBEYRAN, agrégé.
DELMAS, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1911

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 35

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU TRAITEMENT DES

SALPINGO-OVARITES CHRONIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Février 1911

ACAD.
LANGUEDOC
BIBL.

PAR

Paul RÉMUSAT

Né à Sisteron (Basses-Alpes), le 1er mars 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la thèse

DE ROUVILLE, professeur, *président.*
TÉDENAT, professeur.
SOUBEYRAN, agrégé. } *Assesseurs*
DELMAS, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseigt de pathol et thérap. génér
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérap. utique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (A).
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé libre.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIÈRE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	

Examinateurs de la thèse :

MM. DE ROUVILLE, *président.*	MM. SOUBEYRAN, *agrégé.*
TEDENAT, *professeur.*	DELMAS, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR MELCHIOR RÉBORY

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE RÉMUSAT

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MON ONCLE LE DOCTEUR ALEXANDRE RÉBORY

A MON ONCLE PAUL

A MES TANTES

MEIS ET AMICIS

P. RÉMUSAT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR DE ROUVILLE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MESSIEURS LES PROFESSEURS-AGRÉGÉS

SOUBEYRAN ET DELMAS

A MONSIEUR LE DOCTEUR WALTHER

CHIRURGIEN DES HOPITAUX DE PARIS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A TOUS MES MAITRES

P. RÉMUSAT.

INTRODUCTION

Ce serait faire preuve de la plus grande fatuité que de prétendre apporter aujourd'hui une solution définitive au problème si intéressant du traitement des salpingo-ovarites chroniques. L'abondante diversité des travaux signés des noms des maîtres les plus éminents de la chirurgie contemporaine prouve surabondamment, et l'intérêt qui s'attache à cette question, et sa complexité.

Aussi bien, notre ambition est-elle moins grande ; nous nous proposons seulement, en effet, de relater ici un certain nombre d'observations empruntées aux archives déjà si riches et si intéressantes de la Clinique gynécologique (Hôpital Suburbain), de notre éminent et très cher maître, M. le professeur de Rouville ; en un mot, nous n'avons d'autre prétention — selon la très heureuse expression de M. de Rouville — que de contribuer à l'étude du traitement des salpingo-ovarites, en apportant une «thèse d'observations » dont nous essaierons de dégager des conclusions pratiques.

Notre travail se divisera tout naturellement en deux parties : 1° traitement médical ; 2° traitement chirurgical.

Nous le répétons, nous n'avons pas l'ambition de prôner une méthode de traitement, à l'exception de toute autre, nous nous bornerons à enregistrer les résultats obtenus dans le service de M. le professeur de Rouville, à l'aide de chacun des procédés actuellement employés, et de l'ensemble de ces faits, nous essaierons de tirer une

conclusion qui puisse servir de règle de conduite dans la généralité des cas.

M. le professeur de Rouville, en mettant à notre disposition les documents qui serviront de matériaux à notre travail, nous donne une preuve de plus — entre tant d'autres — de la sympathie qu'il nous a toujours manifestée. Ce témoignage nous est particulièrement cher et nous tenons à dire à notre maître, sans plus tarder, tout le prix que nous y attachons, et à lui en exprimer toute notre reconnaissance. Notre reconnaissance lui est encore acquise pour la façon si bienveillante et amicale dont il nous a toujours accueilli dans son service. Nous n'oublierons jamais les quelques mois que nous avons passés dans sa clinique pendant lesquels il nous fit le très grand honneur de nous admettre comme aide. Le souvenir de ses leçons si méthodiques, à la fois, et si vivantes, restera toujours dans notre mémoire. En un mot, nous avons toujours trouvé auprès de M. de Rouville un enseignement précieux et des conseils éclairés. Cet enseignement et ces conseils nous étaient d'autant plus chers qu'ils émanaient d'un maître qui était aussi pour nous un ami. Aussi, sommes-nous heureux aujourd'hui de lui dédier ce travail — que nous voudrions plus digne de lui — en témoignage de notre infinie et inaltérable gratitude.

M. le professeur Tédenat n'a jamais cessé d'être pour nous un maître plein de bienveillance et de sympathie. Il nous en donne aujourd'hui une preuve dont nous sentons grandement le prix, en nous faisant l'honneur de siéger à notre soutenance. Aussi longtemps que notre mémoire sera fidèle, nous conserverons précieusement le souvenir de ses leçons magistrales et de son enseignement si élevé. Pendant les longs séjours que nous avons faits dans son service, il nous a appris, en même temps que les notions

de notre art, ce qu'étaient la probité et l'honneur professionnels. Nous prions M. le professeur Tédenat de croire à nos sentiments de profonde et sincère reconnaissance.

Nous adressons également l'expression de nos sentiments de vive gratitude à MM. les professeurs agrégés Soubeyran et Delmas. Le souvenir de leurs leçons, si brillantes et si claires, ne périra pas plus dans notre mémoire que celui de la sympathie et de l'amitié qu'ils nous ont toujours témoignée.

Nous croirions manquer à notre devoir si nous omettions de dire ici notre profonde gratitude à tous les maîtres qui sont chers à notre cœur et que nous regrettons de quitter. Que MM. les professeurs Carrieu, Grasset, Baumel, Truc, Granel, Rauzier et MM. les professeurs agrégés Jeanbrau, Gaussel, Leenhardt et Euzière reçoivent donc ici la publique expression de notre inaltérable reconnaissance.

M. le professeur agrégé Vires, par la bienveillance, la sympathie, l'amitié qu'il nous a toujours témoignée, a acquis des droits spéciaux à notre reconnaissance. Il sait que ces sentiments de gratitude sont au plus profond de notre cœur. Nous tenons cependant à lui en donner aujourd'hui solennellement la formelle assurance.

A côté de tant de noms qui nous sont chers, nous avons hâte d'inscrire celui de notre vieil ami le docteur Dunal. Les mille preuves de vraie et sincère amitié, de cordial dévouement qu'il nous a données depuis que nous le connaissons méritent plus et mieux que de vaines formules de reconnaissance. Nous serions heureux de pouvoir lui prouver que notre amitié et notre affection pour lui sont telles qu'il les mérite.

A notre ami le docteur Jean Baumel, interne des hôpitaux, il nous est agréable de dire ici toute notre sincère et

cordiale amitié. Nous espérons qu'il aura, dans sa carrière, tous les succès que notre cœur souhaite pour lui,

Sur la demande de M. le professeur de Rouville, M. le docteur Walther, chirurgien des hôpitaux de Paris (Hôpital de la Pitié), officier de la Légion d'honneur, a bien voulu mettre entre nos mains quelques tableaux résumant la pratique de ses interventions sur les annexes. M. le docteur Walther a bien voulu nous autoriser à nous servir de ces tableaux pour servir de contribution à l'étude du sujet qui nous occupe aujourd'hui. Nous sommes particulièrement sensible à l'obligeance de M. le docteur Walther, et c'est pour nous un agréable devoir de lui dire ici et nos meilleurs remerciements et notre sincère gratitude. On verra d'ailleurs comment la belle et intéressante statistique de M. le docteur Walther viendra à l'appui de notre travail et en confirmera les conclusions.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU TRAITEMENT DES

SALPINGO-OVARITES CHRONIQUES

TRAITEMENTS

Cette étude du traitement des salpingo-ovarites chroniques se divisera tout naturellement en deux parties. Dans la première, nous étudierons le traitement médical et ses résultats, dans la seconde nous passerons en revue les différents procédés chirurgicaux qui ont été et qui sont encore employés dans le traitement des annexites chroniques. Les conclusions auxquelles nous aboutirons nous engagent d'ores et déjà à subdiviser cette deuxième partie en deux chapitres : le premier sera consacré au traitement chirurgical proprement dit, tandis que dans le deuxième nous nous occuperons du traitement chirurgical conservateur.

Pour répondre au désir exprimé par notre maître M. le professeur de Rouville, nous publierons d'abord et en tête de chaque chapitre les observations prises dans son service. Nous résumerons ensuite la méthode ou la technique et nous tirerons de ces observations et des résultats obtenus l'enseignement qu'ils comportent.

PREMIÈRE PARTIE

TRAITEMENT MÉDICAL

Obs. Première (Résumée). — Mme B..., 27 ans, ménagère à Saint-Jean-de-Védas.

Lésions cliniquement constatées : Légère rétroversion utérine ; salpingite catarrhale gauche et ovaire scléro-kystique.

Traitement : Large dilatation utérine obtenue par application successive de laminaires et entretenue aux Hegar ; injections intra-utérines ; pansements utérins ; drainage à la gaze.

Durée du traitement : un mois.

Résultats : La malade se trouve si améliorée qu'elle refuse l'intervention et rentre chez elle. Elle promet de revenir si elle souffre. On ne l'a plus revue.

Obs. II (Résumée). — Mme R..., 21 ans, Montpellier.

Lésions cliniquement constatées : Rétroversion fixée par salpingo-ovarite kystique double, dans le Douglas, datant d'un avortement effectué le 25 juillet 1907. La malade ne veut pas entendre parler d'intervention.

Traitement : On ne touche pas à l'utérus. Injections vaginales chaudes (45°) ; lavements chauds ; Priestnitz ; laxatifs ; repos au lit.

Durée du traitement : du 15 août au 14 septembre 1907

Résultats : L'utérus s'est mobilisé ; les annexes sont moins grosses. Toute douleur a disparu.

On n'a plus revu la malade depuis le jour de sa sortie.

Obs. III (Résumée). — Mme J..., 22 ans, Montpellier.

Lésions cliniquement constatées : Tout le petit bassin est le siège d'un œdème inflammatoire très dur, remontant haut à gauche ; on ne délimite pas les annexes, perdues au milieu de cette vaste inflammation ; utérus bloqué en situation normale.

Le 4 août 1906, la malade avait fait une fausse-couche de 5 mois, suivie d'accidents septiques soignés à la Maternité. En juin 1907, nouvel avortement d'un mois : fièvre, douleurs dans le bas-ventre. La malade entre alors dans notre service, où nous constatons les lésions sus-mentionnées.

Traitement : Du 10 juin au 26 août, injections chaudes matin et soir ; lavements chauds ; Priestnitz ; laxatifs, repos au lit.

Résultats : A cette dernière date (26 août), on note : utérus en rétroflexion fixe, annexes très adhérentes collées aux faces latérale et postérieure de l'utérus ; ces annexes sont actuellement très perceptibles ; elles sont du volume du pouce. Mais il n'y a plus de douleurs spontanées, et le seul toucher profond est légèrement douloureux dans le Douglas.

Nous avions laissé refroidir les lésions en vue d'une intervention ; mais la malade se sent si bien qu'elle réclame son exéat. Rencontrée en ville 15 jours après sa sortie, elle dit souffrir encore et paraît décidée à rentrer dans le service pour y subir l'intervention proposée. Nous ne l'avons plus revue.

Obs. IV. — Mme R... E..., 24 ans, à Cette (Hérault)

Entre le 2 août pour douleurs dans la région annexielle gauche et légères métrorrhagies.

Lésions cliniquement constatées : Le museau de tanche

est à deux centimètres de la vulve ; le col est largement déchiré transversalement ; il est long et regarde en avant ; l'utérus est en rétroversion fixe ; le cul-de-sac droit est libre ; le gauche est rempli par une masse du volume d'un œuf de poule, se prolongeant dans le Douglas, où elle adhère, et séparée de l'utérus par un sillon ; cette masse est rénitente et douloureuse spontanément et à la pression.

Traitement : En présence de ces lésions, datant de 18 mois environ et totalement froides, nous proposons une intervention. Mais la malade nous supplie de la guérir médicalement.

Injection vaginale à 45 degrés ; tamponnement à l'ichthyol ; lavements chauds ; Priestnitz pendant une dizaine de jours ; puis dilatation utérine aux laminaires, injections chaudes intra-utérines et drainage à l'aide d'une mèche jusqu'au 18 août.

Résultats au 31 août : La tumeur annexielle a diminué de volume ; l'utérus s'est partiellement mobilisé ; les annexes droites forment une masse plus dure et nettement bosselée, toujours très adhérente. A noter l'indolence remarquable de ces lésions, soit spontanément, soit à la pression profonde.

La malade se sent maintenant si bien que, malgré nos craintes nettement formulées pour l'avenir, la malade réclame son exéat. Nous ne l'avons plus revue depuis lors.

Obs. V. — Mme F..., 40 ans, Montpellier.

Entre pour douleurs et ménorrhagies *post-partum* datant de 4 ans.

Lésions cliniquement constatées : Utérus gros ; le fond est senti à 5 travers de doigts au-dessus du pubis ; antéversion légère facilement réductible ; les culs-de-sac laté-

raux sont douloureux ; on y sent les trompes légèrement augmentées de volume et indurées ; ovaires scléro-kystiques ; le col est gros et déchiré ; l'utérus est douloureux au cathétérisme (0,07 cm.) ; il s'abaisse mal. Sa muqueuse est fongueuse et facilement saignante.

Traitement : Dilatation ; curettage ; pansements utérins.

Résultats : Arrêt des hémorragies et disparition des douleurs spontanées et provoquées.

Obs. VI. — Mlle A... C..., 27 ans, domestique à Montpellier. Entre pour douleurs de ventre et ménorragies et pertes blanches.

Lésions cliniquement constatées : Col de nullipare, conique ; utérus peu mobile, un peu gros, en situation normale ; les culs-de-sac manquent de souplesse, sans qu'il soit possible d'y sentir rien de net ; ils sont peu douloureux.

Traitement : Dilatation aux laminaires, puis aux Hégar ; lavages intra-utérins au lysol, à 45 degrés ; lavements chauds ; pansements vaginaux à l'ichthyol. Ce traitement est continué pendant quinze jours ; les douleurs disparaissent. On fait alors un curettage, après injection lombaire de stovaïne ; les débris du curettage, examinés au microscope, dénotent l'existence d'une métrite glandulaire et interstitielle (prof. Bosc).

Résultats : Les culs-de-sac se sont assouplis et l'utérus est plus mobile. On sent nettement, dans le cul-de-sac latéral gauche, une salpingo-ovarite non douloureuse et partiellement mobile.

La malade ne souffrant et ne saignant plus, réclame son exéat.

Revue 7 mois plus tard, elle est restée guérie.

Obs. VII. — Mme M... B..., 35 ans, ménagère à Montpellier. Elle entre dans le service parce qu'elle souffre dans le bas-ventre depuis 6 mois, à la suite d'un avortement de 5 mois.

Lésions constatées cliniquement : Périnée défaillant ; colpocèles antérieure et postérieure ; col gros, largement fendu transversalement (la malade a fait un accouchement à l'âge de 21 ans) et regardant en arrière ; érosions. L'utérus est en antéversion ; peu mobile ; les deux annexes sont légèrement augmentées de volume et douloureuses au toucher. Hystérométrie : 7 cm 1/2.

Traitement : Dilatation prolongée ; lavages intra-utérins, drainage à la gaze ; quinze jours plus tard, curettage ; soins consécutifs pendant 10 jours. Exéat.

Résultat : La malade se sent très bien et, ne souffrant plus, refuse la colpopérinéorraphie. Les annexes, que l'on sent toujours, ne sont plus douloureuses ; l'utérus est plus mobile.

Obs. VIII. — Mme E.., D..., 28 ans, Montpellier. Entre dans le service pour douleurs annexielles doubles probablement *post-abortum,* et remontant à un an.

Lésions constatées cliniquement : Col volumineux, déchiré transversalement (la malade a accouché il y a trois ans) ; l'utérus est dans sa position normale ; il est volumineux et on en sent le fond à 3 travers de doigt au-dessus du pubis ; il est mobile ; dans les culs-de-sac antérieur et postérieur, rien d'anormal, mais dans les deux culs-de-sac latéraux, on perçoit les trompes nettement augmentées de volume, douloureuses et fixées par des adhérences.

Traitement : Du 22 juin au 28 juillet, l'utérus est maintenu largement dilaté ; injections intra-utérines à 45 de-

grés ; pansements utérins à l'aide de mèches imbibées d'ichthyol. Repos complet.

Résultats : Elle sort du service le 1er août, ne souffrant plus ; mais, sur nos instances, elle vient à l'hôpital trois fois par semaine pendant toute la durée du mois d'août : pansements vaginaux à la glycérine ichthyolée. Le 30 août, elle cesse de venir, « *complètement guérie* », dit-elle. Un an plus tard, elle accoucha à la Maternité dans d'excellentes conditions.

Obs. IX. — Mme L... J..., 23 ans, Montpellier. Elle entre dans le service pour douleurs dans les deux côtés du bas-ventre, datant d'un accouchement septique remontant à deux ans, et accrus par une fausse-couche également septique remontant à un mois.

Lésions constatées cliniquement : Annexite bilatérale parenchymateuse.

Traitement : Du 21 juin au 17 août, l'utérus est maintenu largement dilaté ; injections intra-utérines à 45 degrés ; drainage avec mèches de gaze imbibées de glycérine créosotée au 1/3. Repos absolu au lit.

Résultats : La malade se sentant beaucoup mieux, mais non tout à fait guérie, quitte le service le 17 août. Mais elle ne tarde pas à souffrir de nouveau et revient dans le service le 17 octobre. L'indication est nette d'une intervention que la malade refuse ; exéat.

Obs. X. — Mme E... S..., 26 ans, Cette (Hérault). Elle entre pour des douleurs occupant tout le bas-ventre ; pertes blanches, verdâtres ; ni enfants, ni fausses-couches ; gonococcie conjugale probable, datant de deux ans.

Lésions constatées cliniquement : Utérus de moyen volume en antéversion marquée, mobile, douloureux à la

mobilisation ; le col est légèrement augmenté de volume, sans déchirure ; quelques œufs de Naboth ; l'orifice externe circulaire est entouré d'une auréole rouge. Dans le cul-de-sac antérieur, on sent le corps de l'utérus ; le cul-de-sac postérieur est libre ; douleur à la pression au niveau des deux culs-de-sac latéraux, où l'on sent les trompes un peu grosses, mais non adhérentes.

Traitement : Dilatation large de l'utérus maintenue pendant 25 jours ; injections intra-utérines à 45 degrés ; drainage avec mèche de gaze imbibée de glycérine créosotée. Lavements chauds ; Priestnitz ; repos au lit absolu.

Résultats : Au moment de l'exéat, la malade ne souffre plus ; le toucher n'est plus douloureux ; les trompes restent un peu grosses. elle doit revenir si elle souffre ; nous ne l'avons plus revue.

Obs. XI. — Mme L... M..., 19 ans. Elle entre dans le service pour douleurs du bas-ventre siégeant des deux côtés, consécutives à un accouchement datant d'un an ; pertes blanches.

Lésions constatées cliniquement : Le col est gros et largement déchiré transversalement ; œufs de Naboth. L'utérus est en position normale, mais il est gros et on en perçoit le fond à 2 travers de doigt au-dessus du pubis. Le toucher est douloureux et la mobilisation de l'utérus insupportable. C'est donc non sans peine qu'on arrive à délimiter, au niveau des deux culs-de-sac latéraux, une masse annexielle adhérente et infiniment douloureuse, du volume d'une grosse noix.

Traitement : Pendant 15 jours, on s'abstient de tout traitement intra-utérin et on fait des injections chaudes ; lavements chauds ; Priestnitz. Repos absolu au lit. Ce traitement améliore considérablement l'état de la malade ;

mais si elle souffre moins, les lésions changent peu. On se décide alors, la malade refusant toute intervention, à dilater l'utérus et à faire un traitement intra-utérin. Quinze jours plus tard, la malade se sent si bien qu'elle réclame son exéat, ne voulant à aucun prix entendre parler d'une intervention, que l'état local, peu modifié, nous paraît indiquer.

Obs. XII. — Mme A..., 26 ans. Elle entre pour douleurs dans la fosse iliaque gauche datant de quatre mois; pertes blanches ; la malade est mariée depuis quatre mois : gonococcie probable.

Lésions cliniquement constatées : Col petit, très sécrétant ; corps de volume normal, utérus en situation normale ; il est douloureux à la palpation et à la mobilisation ; dans les culs-de-sac antérieur, postérieur et latéral droit, on ne sent rien et on ne détermine aucune douleur ; dans le cul-de-sac latéral gauche, on sent la trompe augmenter de volume, roulant sous le doigt et douloureuse.

Traitement : Dilatation aux laminaires ; injections intra-utérines tièdes au lysol ; tampons à la glycérine ichthyolée dans le vagin. Lavements chauds. Priestnitz.

Résultats : Trois semaines après, la malade réclame son exéat ; elle perd toujours en blanc, mais ne souffre plus. On sent toujours la trompe gauche un peu volumineuse et douloureuse.

Obs. XIII. — Mme B..., 39 ans, Montpellier. Elle entre pour douleurs dans le bas-ventre datant d'une fausse-couche qui s'est produite il y a un an 1/2. Pertes blanches abondantes.

Lésions constatées cliniquement : Le col n'est pas gros ; il regarde à gauche ; il est pointu, conique, percé d'un ori-

fice étroit, cicatriciel ; il y a très peu d'érosions et beaucoup de glaires ; le canal cervical est long, étroit, flexueux et présente trois rétrécissements difficiles à dilater. Le corps, de volume normal, regarde légèrement à droite ; l'utérus est sensible à la palpation et au cathétérisme ; il n'est que partiellement mobile ; les culs-de-sac antérieur et postérieurs sont libres ; on sent les annexes kystiques dans les culs-de-sac latéraux, très douloureux au toucher.

Traitement : Dilatation aux laminaires ; injections intra-utérines au lysol ; cautérisations à la teinture d'iode. Lavements chauds. Priestnitz.

Résultats : Les annexes restent grosses après un mois de traitement, mais elles ne sont plus douloureuses ; je propose une intervention, qui est refusée. Exéat.

Obs. XIV. — Mme L... B..., 30 ans, Montpellier. Elle entre pour douleurs dans le bas-ventre. Aucune maladie avant son mariage ; toujours bien réglée ; quelques pertes blanches. Mariée à 21 ans. Une fausse-couche de 3 mois sans incidents ; puis 3 enfants ; grossesses et accouchements normaux. Trois à quatre mois après son premier accouchement (il y a sept ans), elle a souffert du ventre, surtout à droite ; ces douleurs reviennent depuis cette époque, surtout au moment des règles ; et ces crises douloureuses, qui obligent la malade à s'aliter, vont toujours en augmentant.

Lésions cliniquement constatées : Le col est petit, déchiré ; sécrétion muco-purulente. Utérus en antéflexion ; on sent le fond à deux travers de doigt au-dessus du pubis. L'utérus est mobile et légèrement douloureux à la mobilisation et à la palpation. Les culs-de-sac antérieur et postérieur sont libres ; on sent difficilement les annexes dans le cul-de-sac latéral gauche, qui est douloureux ; mais

dans le cul-de-sac latéral droit, on perçoit les annexes augmentées de volume et probablement kystiques.

Traitement : Dilatation aux laminaires ; injections tièdes intra-utérines au lysol ; tampons ichthyolés dans le vagin ; Priestnitz.

Résultats : Quinze jours après l'entrée de la malade dans le service, les règles arrivent sans que la malade éprouve la moindre douleur. Bien qu'au toucher les lésions annexielles se soient peu modifiées, la malade, ne souffrant plus, exige son exéat.

Obs. XV. — Mme D..., 35 ans, Montpellier. Elle entre pour pertes blanches abondantes et douleurs dans les deux côtés du bas ventre. Pertes et douleurs datant de son second accouchement, remontant à 9 ans. Les douleurs annexielles sont intermittentes, se montrant par crises, sont sans rapports nets avec les périodes menstruelles, du reste fort irrégulières depuis son deuxième accouchement.

Lésions cliniquement constatées : Col gros, déchiré, œufs de Naboth ; glaires nombreuses. Le corps de l'utérus est volumineux et on sent le fond à deux travers de doigt au-dessus du pubis. L'utérus est mobile et douloureux à la mobilisation. Les culs-de-sac antérieur et postérieur sont libres ; dans le cul-de-sac latéral droit, on sent l'ovaire augmenté de volume et mobile, peu douloureux à la pression ; à gauche, la trompe est facilement perçue ; elle est augmentée de volume ; elle roule sous le doigt comme un cordon dur et irrégulier ; elle est douloureuse à la pression.

Traitement : Pendant 40 jours, dilatation utérine ; lavages et cautérisations. Tampon vaginal à l'ichthyol. Lavements chauds.

Résultats : Les douleurs ont totalement disparu ; les

pertes blanches persistent, bien que diminuées ; mais la malade se refuse à toute intervention et sort du service.

Comme on a pu le voir par la lecture des observations qui précèdent, le traitement médical des salpingo-ovarites chroniques consiste essentiellement à soumettre la malade au repos complet au lit, dans le *decubitus dorsal.* Cette prescription doit être observée rigoureusement pendant plusieurs jours et souvent pendant plusieurs semaines, tant que la disparition des douleurs et les signes fournis par l'examen des organes ne témoigne pas de la rétrocession des lésions.

En même temps, le médecin ne devra pas négliger le traitement local. Il sera capital, en effet, de diriger tous ses efforts de ce côté de la thérapeutique, qui consistera surtout en injections vaginales d'eau bouillie très chaude, de 45 à 50 degrés, et de 3 à 4 litres chacune, répétées matin et soir.

M. Reclus a montré tous les avantages que l'on pouvait tirer des injections d'eau portée à une très haute température, dans la cure des affections congestives et inflammatoires de l'utérus et des annexes. Il insiste surtout sur l'efficacité des lavements très chauds, et sur leur supériorité, dans bien des cas, aux injections vaginales. L'auteur explique l'avantage des irrigations rectales par les rapports étendus que le rectum affecte avec l'utérus et ses annexes.

On administrera donc deux fois par jour un lavement très chaud (55 degrés), que la malade gardera une demi-heure environ et qu'elle fera suivre d'une injection vaginale aussi chaude.

Les enveloppements humides répétés matin et soir, les révulsifs locaux, appliqués sur l'abdomen sous forme de

compresses très chaudes fréquemment renouvelées, s'ajouteront encore à la liste des moyens purement médicaux que nous avons déjà préconisés.

Tous ces moyens ne sont pas toujours suffisants. Si l'on se rappelle, en effet, que la majorité des affections annexielles sont consécutives à l'endométrite, il paraît tout indiqué d'attaquer dès le début le foyer d'infection et d'instituer un traitement intra-utérin.

Traitement intra-utérin : Il est de règle, toutes les fois que l'on intervient sur l'utérus, de procéder à l'antisepsie du vagin. Ceci fait, on recourt à la dilatation de la cavité utérine, qui est indispensable toutes les fois que l'on veut obtenir une antisepsie aussi complète que possible de l'endomètre infecté. Pour obtenir ce résultat, M. de Rouville donne, au début, la préférence à la laminaire, qui permet une dilatation lente et progressive, laquelle est préférable à la dilatation rapide et un peu brutale des bougies d'Hégar. En général, 24 ou 48 heures de ce traitement suffisent pour obtenir une dilatation satisfaisante. Dans les cas où il en est autrement, on se sert des bougies d'Hégar.

La dilatation ainsi réalisée, aussi large que possible, il est facile au chirurgien d'agir sur toute la surface de la muqueuse utérine. Dans son service, M. de Rouville se contente de pratiquer une irrigation très chaude et très abondante d'eau bouillie simple ou additionnée de lysol, suivie de l'introduction dans la cavité utérine d'une mèche de gaze imbibée de glycérine créosotée au 1/3. Ce traitement est répété tous les deux jours et continué pendant 12, 15, 20 jours, suivant les cas.

La dilatation, outre qu'elle permet un nettoyage plus complet de la cavité utérine, favorise l'évacuation des collections salpingiennes par l'utérus. « En dilatant la matrice, dit Walton, on dilate l'orifice utérin. »

Cette évacuation du kyste salpingien est un mode de guérison, mais elle ne peut se réaliser que si l'*ostium uterinum* n'est pas oblitéré. Doléris a été satisfait de la méthode de Walton : « J'ai essayé et j'ai obtenu, dit-il, l'évacuation des collections intra-tubaires par la dilatation large et permanente de la cavité utérine, combinée au raclage et au drainage de cette cavité. » (1)

Enfin, la dilatation, en remédiant par une action toute mécanique aux déviations mobiles de l'utérus et en s'opposant à la stagnation des liquides de l'utérus, qui, par leur séjour prolongé dans la cavité utérine, entretiennent l'infection endo et péri-utérine, constitue un précieux mode de traitement d'annexite au début.

Lorsque l'annexite est consécutive à la métrite productive, qui est le plus souvent liée à la puerpéralité ou à l'infection mixte puerpéro-blennorrhagique, le traitement précédent reste inefficace et le curettage est indiqué. La curette, promenée sur toutes les faces de l'utérus, enlève les fongosités et les productions polypeuses, qui tapissent toute la surface de l'endomètre ; elle enlève les débris placentaires ou les vestiges de membranes qui sont une cause d'infection.

Il nous reste, maintenant que nous avons esquissé le tableau du traitement médical tel qu'il est appliqué dans le service de gynécologie de l'Hôpital Suburbain, il nous reste, dis-je, à en examiner les résultats.

Ceux-ci ne sont malheureusement pas aussi satisfaisants que le chirurgien, et les malades surtout pourraient le désirer. Nous voyons, en effet, que sur les 15 observations que nous publions, nous ne pouvons nous flatter que d'une

---

(1) Doléris : Journal de Médecine, Paris, 1889.

seule « guérison complète » (observation VIII) constatée un an après la sortie de la malade du service.

Quant aux autres malades, elles constatent toutes une amélioration quand elles sortent du service, mais nous sommes bien obligé de reconnaître que ce résultat satisfaisant ne porte, la plupart du temps, que sur le symptôme douleur. Dans la majorité des cas, en effet, on observe encore soit des pertes blanches, soit des métrorrhagies, soit la persistance de lésions perceptibles par le toucher vaginal. Aussi bien, nous pensons, avec M. le professeur de Rouville, que ces femmes, que l'on avait vivement engagées à subir une intervention, ont eu tort de se contenter d'une amélioration passagère. Elles ont eu d'autant plus tort, que *soumises par leur situation sociale au dur labeur de chaque jour,* elles auraient en plus de besoin de pouvoir compter sur une guérison complète. S'il est possible à des femmes riches, à des femmes qui peuvent vivre sans travailler et sans se fatiguer, d'éviter une intervention toujours grave, au prix d'une santé délicate et de troubles plus ou moins gênants, le même luxe — si l'on peut toutefois s'exprimer ainsi — ne nous semble pas permis à cette catégorie de malades qui composent l'ordinaire clientèle des hôpitaux.

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT CHIRURGICAL PROPREMENT DIT

Sous le nom de Traitement chirurgical proprement dit, nous nous proposons de passer en revue, en consacrant à chacune d'elles un chapitre spécial, les opérations connues sous les noms de *colpotomie,* d'*hystérectomie vaginale* et d'*hystérectomies abdominales totale et subtotale.*

CHAPITRE PREMIER

COLPOTOMIE

Obs. XVI. — Mme A..., 35 ans, femme de ménage, entre pour accidents *post abortum.*

Réglée à 16 ans. Bien réglée jusqu'à son mariage. Mariée à 26 ans. Première grossesse tout de suite après : bon accouchement, suites normales. Deux autres bonnes grossesses consécutives. En décembre 1906, devient encore enceinte. Le 10 janvier, pertes rouges, précédées de frissons, malaise (alitement). Poids dans le bas-ventre ; douleurs expulsives ; pertes continues sans caillots. Puis, allant bien, se lève, fait son ménage deux ou trois jours. Nouveau frisson, moins violent que le premier, mais douleurs vives ; petits caillots. Le 25 janvier, entre en gynécologie.

Examen : Légère tension du ventre. Abdomen souple et indolore, excepté dans la région hypogastrique.

Toucher : Utérus à quatre travers de doigts au-dessus de la symphyse. Col facilement accessible, déchiré transversalement. L'index pénètre dans la cavité cervicale (2 cm). Cul-de-sac postérieur refoulé par une tumeur, très douloureuse à la pression, rénitente. Cul-de-sac latéral droit également douloureux ; masse annexielle. Cul-de-sac antérieur non douloureux, profond ; cul-de-sac gauche douloureux ; masse annexielle. Le 2 février, la masse que l'on sent dans les culs-de-sac a nettement augmenté de volume et est devenue postérieure.

Colpotomie le 5 février. Colpotomie postérieure : pyosalpinx dans le Douglas. Beaucoup de pus, sans odeur. Lavages ; drain en T.

Suites opératoires : Bonnes. Pansements consistant en irrigations par le drain.

Le 13 février, nouveau pansement. Le 5 mars, on enlève le drain ; le doigt pénètre directement dans le Douglas ; on peut y introduire la canule, qui lave la poche.

Excellent état à la sortie.

Obs. XVII. — Mme P..., 38 ans, Castelnau, Entré le 22 février 1907.

Réglée à 16 ans ; règles régulières, abondantes (8 jours). Dysménorrhée ovarienne. Mariée à 22 ans. Trois accouchements très bien passés ; bonnes suites de couches ; se lève deux ou trois jours après ses couches.

Il y a quatre mois, voyage à Montpellier pendant qu'elle a ses règles. Prend froid ; elle a une violente perte indolore. Elle se trouve au Suburbain : *on la tamponne* et elle rentre chez elle. Cette hémorragie dure 5 à 6 jours, apparaissent des douleurs dans la région hypogastrique : garde le lit ; régime lacté 7-8 jours. Au bout de ce temps, elle se lève ; elle se trouve faible et souffre du ventre toujours.

Reste ainsi 15 jours, mais est obligée de se recoucher, traîne ainsi un mois et demi. Le mois suivant, quand les règles arrivent, douloureuses et abondantes, elle garde le lit. Le docteur Reynès, qui la voit, trouve une collection dans le Douglas et lui conseille l'intervention, qu'elle refuse. A la Noël, les douleurs augmentent : envies fréquentes d'aller à la selle, douleurs irradiées dans la jambe gauche ; mictions fréquentes. Le jour de Noël, vomique rectale. Il en résulte un soulagement ; la malade va mieux, mais elle rend toujours du pus par l'anus. Si la malade est constipée, elle souffre beaucoup en allant à la selle.

Examen : Utérus gros, n'ayant pas subi son évolution normale ; mobile ; col normal ; cul-de-sac postérieur souple ; la poche doit être revenue sur elle-même, mais les vomiques répétées indiquent qu'elle n'est pas vide.

Opération le 25 février. Incision du cul-de-sac postérieur. Drain en T.

Suites opératoires : Le 4 mars, on retire le drain. Il ne sort plus de pus par le rectum. La malade sort guérie le 20 mars.

Obs. XVIII. — Mme B..., 42 ans, couturière, Montpellier. Entre pour douleurs abdominales du côté droit.

Réglée à 16 ans. A ce moment, pertes rouges et douleurs pendant six mois. Depuis lors, règles régulières, avancées de 3 à 4 jours, peu abondantes, sans caillots, non douloureuses et durant 3-4 jours.

A 24 ans, pertes rouges pendant 7-8 jours, soignées par injections chaudes. Souffre au moment des règles du côté des reins. Mariée à 36 ans. Pas de grossesse.

Il y a une dizaine de jours, a commencé à ressentir des douleurs du côté droit. Ces douleurs duraient de une à deux heures, puis disparaissaient ; surtout marquées pendant la

nuit, les douleurs augmentèrent peu à peu, et la malade sent son ventre tendu. Vives douleurs au coït depuis plusieurs semaines.

Examen : Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une tumeur (du volume d'un gros œuf de poule) douloureuse à la pression, sur laquelle la muqueuse glisse un peu. Utérus légèrement rejeté en avant contre la symphyse. Col un peu haut.

Opération : Colpotomie postérieure le 6 septembre. On ouvre le cul-de-sac postérieur et l'on sent une tumeur fluctuante adhérente à la face postérieure de l'utérus. Effondrée avec les doigts, elle laisse échapper un liquide séro-purulent. On a l'impression qu'il s'agit d'un kyste suppuré et que les douleurs que la malade ressentait au coït depuis longtemps étaient sous la dépendance de ce kyste.

La suppuration cesse rapidement, et le 12 septembre on enlève un drain. On ne sent plus de tumeur dans le cul-de-sac postérieur. Les douleurs ont totalement disparu.

Obs. XIX — Mme M..., 25 ans. Entre le 23 octobre pour pertes blanches et douleurs abdominales.

Règles à 14 ans, régulières au début. A 17 ans, forte anémie, aménorrhée de six mois ; puis règles régulières ; leucorrhée les trois jours qui suivent les règles. Mariée à 23 ans ; accouchement deux ans après, suivi de pertes abondantes.

Actuellement, douleurs abdominales annexielles ; urines troubles par intermittences.

Examen : Douleur au niveau des fosses iliaques, surtout à droite. Douleur au point de Mac Burney. Col gros, déchirures bilatérales. Œufs de Naboth. L'orifice du col regarde un peu en arrière. Cul-de-sac postérieur vide, non douloureux. Cul-de-sac droit douloureux, on perçoit

la trompe qui roule sous le doigt. Dans le cul-de-sac gauche, annexes plus volumineuses mais moins douloureuses. Dans le cul-de-sac antérieur, on sent le corps assez douloureux à la mobilisation. Col gros, saignant, congestionné. Leucorrhée cervicale. Ulcération sur la lèvre postérieure. Hystérométrie : 9 c. 1/2.

Depuis l'entrée dans le service, crises très douloureuses de pelvi-péritonite, tympanisme. Hypéresthésie de la paroi, surtout à droite. Plus de crises le 11 novembre. Température toujours aux environs de 40°. Après purgatif, la température tombe. Le 13, la température remonte ; nouveau purgatif. A cette date, *toucher :* à travers le Douglas et remontant assez haut, on sent des masses salpingiennes, surtout à gauche ; utérus assez facilement mobilisable. Glace sur le ventre. Cacodylate de Na.

Colpotomie postérieure le 22 novembre. Pas de pus, mais des adhérences très nombreuses sont déchirées. Large drainage. Température, 39° le soir. Le lendemain, 37°4. 36°5 les jours suivants.

Hystérectomie subtotale le 5 janvier 1909.

Examen des pièces. — Annexes gauches avec kystes proligères larges multiples du volume d'une orange. Salpingite parenchymateuse. A droite, ovarite scléro-kystique et salpingite. Utérus peu augmenté de volume, à parois friables, muqueuse fongueuse.

14 janvier, ablation des fils, réunion per primam.

La malade sort guérie le 31 janvier.

La colpotomie, on le sait, est une opération qui consiste à inciser l'un des culs-de-sac du vagin, à pratiquer une boutonnière qui doit donner issue au pus collecté dans le petit bassin.

Certes, cette opération est bénigne et elle peut rendre

de grands services ; mais on ne saurait la préconiser comme traitement systématique des annexites. Les lésions de la suppuration pelvienne avec altérations profondes des trompes, des ovaires, de l'utérus, et parfois de l'appendice, sont actuellement trop bien connues des chirurgiens pour que ceux-ci songent un seul instant qu'elles puissent être curables par une simple ouverture de poches suppurées. Aussi, ne reconnaîtrons-nous pas d'autres indications à la colpotomie, que celles qui ont été données par Segond et Pozzi.

Elle n'a de raison d'être que dans les deux circonstances suivantes :

1° Si la malade présente une grosse collection du cul-de-sac de Douglas, qui menace de s'ouvrir dans les culs-de-sac vaginaux ;

2° Si les accidents aigus sont graves et ne semblent pas devoir céder au repos absolu.

Les observations qui précèdent entrent bien, comme on le voit, dans le cadre des indications telles que nous venons de les entendre formuler par Segond et Pozzi.

Dans l'observation XIX, on a vu que la colpotomie avait dû être suivie quelques jours plus tard d'une hystérectomie abdominale subtotale. Dans ce cas, si nous devons regretter que la première intervention n'ait pas suffi à elle seule à amener la guérison de la malade, du moins nous devons nous féliciter qu'elle ait fait baisser la température et ait ainsi permis une laparotomie.

Pozzi, dans une leçon clinique faite à l'Hôpital Pascal, à propos d'un cas analogue et rapporté dans la *Semaine gynécologique,* donne son opinion sur la valeur de la colpotomie. Nous ne saurions mieux faire que de la transcrire ici :

« Les malades qu'on opère par la colpotomie ne sont

pas complètement guéris. Il leur reste des trompes malades. Il est extrêmement probable que notre malade reviendra à l'hôpital dans quelques semaines et que nous assisterons à des accidents imputables à son affection annexielle. Si cette femme revient, j'aurai à traiter ses trompes. La question se posera de savoir s'il faut lui faire soit la laparotomie, soit l'hystérectomie vaginale.

» J'estime que l'ablation de l'utérus et des annexes sera plus indiquée à cause des adhérences qui existent par en bas et qui fixent l'utérus et ses annexes dans une position basse.

» Mais si l'hystérectomie vaginale doit être nécessaire dans quelque temps, pourquoi n'ai-je pas pratiqué cette opération de préférence à la colpotomie ? Pourquoi ai-je fait d'abord l'incision du cul-de-sac postérieur, alors que je pense que l'hystérectomie devra être, tôt ou tard, pratiquée ? Il eût été préférable, direz-vous, peut-être, d'éviter de faire une seconde opération.

» Je pense que dans les inflammations aiguës du petit bassin, quand les phénomènes infectieux sont récents, il vaut mieux ne pas pratiquer la castration totale par le vagin. En effet, l'hystérectomie vaginale exécutée en pleine période aiguë, risque de causer une infection générale et par suite la mort. Au début des accidents infectieux, quand la fièvre est élevée, on ne doit pas pratiquer l'hystérectomie vaginale et encore moins la laparotomie. Il faut attendre la fin des accidents aigus, car les microbes ont alors perdu une partie de leur virulence. »

CHAPITRE II

HYSTÉRECTOMIES VAGINALES

Obs. XX. — Mme Ch..., Millau (Aveyron), 27 ans, entre le 7 mars 1907 pour douleurs abdominales.

Réglée à 11 ans, normalement et sans douleurs (trois, quatre jours) ; a toujours eu quelques pertes blanches. Mariée à 21 ans, devient immédiatement enceinte ; grossesse et accouchement normaux. Trente jours de lit.

Les premières douleurs datent de trois mois après son mariage. Apparues pendant le coït, elles ont bientôt acquis une telle intensité que la malade refuse tout rapport sexuel. Les douleurs siègent surtout à gauche. Après l'accouchement, les douleurs ont persisté, mais elles deviennent alors continues et s'exaspèrent par la fatigue. Après les couches, règles modérées (24 heures) ; au contraire, les pertes blanches ont augmenté.

Examen. — Forte inflammation vulvo-vaginale. Ulcération étendue sur le col, surtout sur la lèvre postérieure. Leur contact est très douloureux. L'utérus est gros ; il remonte à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse. Très mobile et douloureux à la mobilisation. Les culs-de-sacs sont libres. Dans le Douglas, on sent nettement rouler sous le doigt les annexes augmentées de volume, mais libres d'adhérences. On ne sent rien à droite.

Intervention le 6 juin. — *Hystérectomie vaginale classique.* Les deux ovaires sont scléro-kystiques. Inflammation interstitielle des trompes. Pince de Richer à demeure

sur le ligament large droit ; idem à gauche ; une petite pince de sûreté sur l'utérus. Une pince de Kocher sur la branche postérieure du vagin, qui saigne un peu.

Guérison parfaite et sans incident. La malade sort le 30 juin.

Obs. XXI. — Mme A..., 48 ans, Mèze.

Diagnostic : Salpingo-ovarite double scléreuse et douloureuse (neuro-arthritisme).

La malade, sourde et muette, est très difficile à interroger. Ni accouchement, ni avortement. Réglée à 16 ans, régulièrement et abondamment, sans douleur (4-5 jours) ; jamais de pertes entre les règles ; souffre du ventre depuis 5 mois. Salpingo-ovarite double. Lésions plus douloureuses à droite. Utérus petit et mobile.

Hystérectomie vaginale le 14 janvier, très facile ; pas de section médiane.

Sort guérie le 8 février 1907.

On a eu de ses nouvelles depuis ; elle va très bien.

Obs. XXII. — Mme A. L..., 30 ans, giletière, rue A.-Cabanel, en ville. Entre le 3 janvier 1907 pour douleurs abdominales basses.

Réglée à 16 ans, régulièrement, mais avec douleurs pré et post-menstruelles, caillots (2-3 jours). Il y a 6 ans, pertes blanches, qui tachent et empèsent le linge ; pas de douleur à la miction, aucune douleur inter-menstruelle. Il y a 4 ans, douleur dans la région hypogastrique. Elle entre à l'Hôpital Suburbain, dans le service de M. Tédenat, que remplace M. de Rouville, pour hémorragies (curettage). Seules, les pertes blanches persistent. La malade reste ainsi trois ans, pouvant travailler à la machine et faire plus ou moins la noce.

Il y a quinze jours, crise aiguë de pelvi-péritonite, pour laquelle M. de Rouville la soigne chez elle, et lui conseille d'entrer dans son service quand cette crise aura disparu, ce qu'elle fait.

Examen à l'entrée. — Vagin étroit, très profond ; utérus gros ; annexite double.

Hystérectomie vaginale le 17 janvier. — L'utérus est fixé à sa face postérieure par les annexes, que l'on décolle avec beaucoup de peine. Les annexes, surtout les droites, sont entourées d'adhérences. Ovaire gauche kystique. Le kyste se rompt pendant la manœuvre de décollement ; très adhérent ; très difficilement extrait ; utérus et annexes enlevés d'un bloc.

Suites opératoires marquées par de très nombreux vomissements et très vives douleurs abdominales. Le pouls reste plusieurs jours à 120 ; un peu de fièvre. Au bout de 8 jours, tout se calme. La malade se lève le 7 février, se plaignant encore un peu de son intestin. Sort le 15 février. Revue à maintes reprises, la dernière fois le 19 septembre, en parfait état, très engraissée.

Obs. XXIII. — Mme T..., Montpellier (*métro-salpingo-ovarite très hémorragique, d'origine puerpérale*). — Entre le 6 mars 1907 pour des hémorragies très abondantes.

Réglée à 15 ans. Mariée à 16. Enceinte à 17. Bon accouchement, se lève le huitième jour. Les règles reviennent normalement. A 19 ans, deuxième accouchement ; fièvre puerpérale le troisième jour. M. Guérin parle de péritonite. Trois mois au lit, pendant lesquels les règles ne reviennent pas. A 20 ans, troisième accouchement, sans accident, mais l'enfant naît avec une ophtalmie purulente ; la mère avait des pertes blanches depuis son deuxième accouchement. A 22 ans, nouvel accouchement, sans inci-

dent : 15 jours au lit. Les règles reviennent, mais se prolongent 15 jours. A partir de cette époque, nombreuses métrorragies ; une d'entre elles a duré un mois. A partir du 19 janvier, pertes continues ; douleurs dans le bas-ventre ; arrêt de l'hémorragie le 4 février. Puis, hémorragie du 15 février au 5 mars. Du 6 mars au 15 avril, injection de cacodylate pour relever l'état général ; la malade ne perd plus.

Hystérectomie vaginale le 15 avril, très facile. On enlève utérus et annexes d'un bloc. La malade sort guérie le 12 mai. Revue plusieurs fois.

Obs. XXIV. — Mme A..., 37 ans, journalière, Castelnau-le-Lez (*métro-salpingo-ovarite double*). — Entre le 2 mai 1906, pour douleurs dans le bas-ventre et pertes rouges et blanches. Il y a un an, cystostomie sus-pubienne, pour hémorragie vésicale de nature indéterminée. Depuis lors, plus d'hémorragie vésicale.

Réglée à 12 ans ; règles normales pendant un an, puis irrégulières ; apparaissent quelquefois deux fois par mois. Les troubles utérins datent du mariage (à 22 ans). Elle a eu deux accouchements. Elle se plaint depuis cette époque de douleurs continues dans le bas-ventre, avec irradiation dans les reins et dans les cuisses, et d'hémorragies alternant avec des pertes blanches ; elle perd le compte de ses règles.

Examen. — Utérus mobile, augmenté de volume, douloureux à la mobilisation, et flanqué de deux grosses poches de salpingo-ovarite.

Hystérectomie vaginale le 6 juillet 1906.

La malade sort guérie quinze jours plus tard.

Obs. XXV. — Mme D..., 31 ans, Montpellier, entre pour douleurs abdominales siégeant à la région médiane.

Réglée à 10 ans, régulièrement, sans douleurs, sans caillots (8-10 jours). Mariée à 19 ans. Premier accouchement à 20 ans. Au bout de deux mois de grossesse, vive douleur du côté gauche, qui oblige la malade à cesser son travail. Cette douleur réapparaît avec intermittence pendant toute la durée de la grossesse. Accouchement normal (lit 40 jours). A 25 ans, deuxième accouchement. Entre les deux accouchements la malade se plaint toujours des mêmes douleurs, mais sans crises. A 26 ans, le troisième accouchement, normal comme le précédent. Les douleurs persistent, mais toujours à l'état latent. Il y a deux ans et demi, la malade a une nouvelle crise.

Examen. — Vagin normal ; col largement fendu transversalement; déchirure plus accentuée à droite. Dans le col, on introduit l'index. Lèvre antérieure hypertrophiée ; quelques œufs de Naboth. Col court. Culs-de-sac peu profonds. Utérus immobile, remontant à un ou deux travers de doigt au-dessus de la symphyse. Cul-de-sac droit normal. Dans le cul-de-sac gauche on sent la trompe.

Hystérectomie vaginale le 15 décembre. Guérison.

Obs. XXVI. — Mme B..., Alger (*métro-salpingo-ovarite post-abortum et blennorragique*). Entre le 20 septembre 1907.

Réglée à 11 ans, régulièrement et abondamment. A 14 ans, métrorragies de décembre à février 1893, après lesquelles les règles se rétablissent normales. Mariée à 15 ans (1895). En 1896, premier accouchement normal. Les règles reviennent normalement. En 1897, deuxième accouchement normal. Suites de couches excellentes. En 1898, troisième accouchement. Métrorragies pendant les deux ou trois mois consécutifs. Douleurs abdominales. Rétention, puis issue de débris de membranes sphacélées ; les hémor-

ragies cessent, mais les douleurs persistent. En 1899, fausse-couche de un mois et demi. Pas de fièvre. Depuis lors, malaise général, douleurs dans le ventre et les reins. En 1901, nouvelle grossesse. Accouchement à terme. En 1902, avortement de deux mois. Hémorragie pendant 19 jours au bout desquels l'avortement se produit, au cours d'une hémorragie très abondante. Lit 15 jours. A partir de ce moment, la malade souffre du ventre d'une façon continue. Obligée de garder le lit de temps en temps. Les règles reviennent. En 1905, après un léger retard, hémorragie plus forte ; deux mois et demi de lit, pendant lesquels l'hémorragie continue. Le 26 juin 1907, forte hémorragie durant jusqu'à la fin du mois. Le 1er septembre 1907, crise de pelvi-péritonite. Nouvelle crise quelques jours après.

Examen. — Vulve et vagin normaux. Col déchiré dans l'axe. Utérus mobile, difficilement perceptible au-dessus du pubis. Culs-de-sacs antérieurs et latéraux libres. Dans le cul-de-sac postérieur, masse volumineuse, douloureuse, rénitente.

Le 27 septembre 1907, on sent dans le cul-de-sac postérieur un angle faisant communiquer le col avec une tumeur du Douglas. On a peine à reconnaître s'il s'agit de l'utérus ou des annexes. Cependant, la douleur, très vive, fait plutôt songer aux annexes.

Hystérectomie vaginale le 28 octobre 1907. — Dans le Douglas, ce qu'on prenait pour les annexes n'est autre chose que le corps de l'utérus en rétroflexion. Utérus gros. Annexes à leur place, fixées par adhérences peu solides. Ovaire gauche kystique. Trompe droite en chapelet. Annexes congestionnées, rougeâtres.

Suites opératoires. — Au huitième jour, découverte d'une fistule stercorale. Injections fréquentes. Lavements quotidiens. Tamponnements du vagin. Huit jours après, la

fistule a complètement disparu, et trois semaines après l'opération, la malade sort parfaitement guérie.

Obs. XXVII. — Mme E..., Montpellier. Soignée il y a peu de temps par M. Tédenat (Villa Fournier), pendant 80 jours, sans résultat (cautérisation du col). Réglée à 14 ans ; dysménorrhée (5 à 6 jours). Après mariage, plus de dysménorrhée. Trois enfants : le premier il y a 12 ans, le deuxième il y a 6 ans, le troisième il y a 4 ans. Entre le deuxième et le troisième accouchement, une fausse-couche. Après son dernier accouchement, fièvre dans les suites de couches. Depuis 4 ans, douleurs abdominales.

Examen. — Utérus en antéversion, mobile, douloureux. Indépendance des lésions salpingo-ovariennes bilatérales non-kystiques. Hystérométrie 7 1/2, 8 cm.

Hystérectomie vaginale le 19 mars 1908. — Rien ne descend. L'utérus est fendu à la Lucius Muller. On arrive avec grande difficulté à enlever la moitié gauche et la totalité des annexes gauches, après avoir déchiré ces dernières, très adhérentes, avec l'index et les avoir saisies avec la pince à annexes. A droite, on déchire de même les annexes très adhérentes, et en tirant la moitié droite de l'utérus, les annexes en totalité restent dans les mains de l'opérateur, d'où hémorragie abondante de l'utérine ; on saisit avec une pince le ligament large, remonté, et on peut pincer l'utérine.

Suites opératoires : sérum et caféine : 500 grammes de sérum après l'intervention, et 2 litres dans la journée. Ablations des pinces 48 heures après, sans incidents. Premier pansement au cinquième jour, sans incidents. Température normale. Le pouls, très faible le premier jour, se relève très bien ; la malade vomit beaucoup (elle a pris

50 gr. de chloroforme). Tout s'arrange à merveille ; on la purge le sixième jour, à deux reprises.

Début le 31 mars d'une phlébite de la saphène droite. Immobilisation.

Le 1er mai, massage. La malade sort trois semaines après.

Obs. XXVIII. — Mme S..., 32 ans, Béziers, entre pour pertes blanches, hémorragies et douleur dans le bas-ventre, le 8 janvier 1910.

Réglée vers 13 ans. Pas de troubles menstruels. Règles abondantes, avec avance. Mariée depuis huit ans. Une grossesse il y a 7 ans, avec accouchement laborieux (forceps) ; consécutivement, hémorragies assez abondantes. Depuis l'accouchement, pertes blanches. Il y a 2 ans, nouvelles hémorragies. Douleurs dans les deux fosses iliaques, irradiées vers les lombes. A peu près à la même époque, il y a 2 mois, toux, aphonie. A souffert pour uriner, il y a 7 ans, après l'accouchement.

Examen. — Utérus en rétroversion, réductible ; masse douloureuse dans le Douglas. Cul-de-sac latéral droit douloureux.

A un deuxième examen, l'utérus est beaucoup plus mobile. Dans le cul-de-sac latéral gauche, bien indépendante de l'utérus en rétroflexion, on sent une petite masse très douloureuse à la pression, qui doit être l'ovaire sclérokystique. Peu de douleur dans le cul-de-sac latéral droit.

Hystérectomie vaginale et ablation des annexes le 3 février 1910. Les ovaires, à droite, et surtout à gauche, sont volumineux et kystiques.

Le 5 février, on enlève les pinces des ligaments larges.

Obs. XXIX. — Mme B..., née M..., 40 ans, Montpellier. Entre pour douleurs abdominales.

Réglée à 12 ans, mais les règles s'arrêtent sous l'influence d'un refroidissement, en allant laver (?) ; depuis, souffrait chaque mois, mais ne voyait rien. Règles revenues à 18 ans (après traitement), irrégulières. Douleurs avant et après, pas pendant.

Mariée à 25 ans ; sept enfants. Souffrait pendant ses grossesses. Accouchements bons généralement, sauf le premier et le dernier, survenu il y a 4 ans, à la Maternité, où elle est restée 15 jours, avec douleurs.

Depuis, souffre du ventre, souffre pour uriner ; douleurs dans les fosses iliaques et les reins.

Examen. — Col gros, dur. Pas de masses kystiques dans les culs-de-sacs. Annexes sensibles des deux côtés.

Hystérectomie vaginale le 19 mai. Rien de particulier. Guérison.

Obs. XXX. — Mme B..., née B..., 41 ans, Montpellier. Entre le 11 mars 1909, pour douleurs abdominales.

Réglée à 16 ans, régulièrement ; règles assez abondantes (5-6 jours) ; douleurs avant les règles, quelquefois pendant ; ni caillots, ni pertes blanches. Mariée à 15 ans ; cinq enfants et une fausse-couche ; les deux derniers accouchements terminés au forceps ; depuis un an et demi, pertes blanches avec glaires.

Depuis 14 ans, après le premier accouchement au forceps, douleurs abdominales, surtout au moment des règles, et surtout marquées à gauche. Depuis un an et demi, douleurs continuelles plus fortes, exagérées avant la période menstruelle, obligeant la malade à se coucher. Apparition de pertes blanches.

Examen. — Ventre flasque ; éventration ; déchirure

incomplète du périnée ; col gros, déchiré à gauche de la lèvre antérieure ; glaires épaisses ; utérus très mobile et abaissé à la vulve. Hystérométrie : 9 1/2, 10 cm.

Hystérectomie vaginale le 23 mars 1909. — Décollement des culs-de-sacs en avant et en arrière de l'utérus. Section médiane de la paroi antérieure ; l'utérus bascule facilement ; annexes prolabées dans le Douglas et adhérentes.

Examen des pièces. — Utérus, 10 cm. ; parois épaisses, friables et scléreuses ; muqueuse fongueuse ; fongosités hémorragiques au niveau du corps ; trompes augmentées de longueur, très sinueuses, congestionnées, augmentées d'épaisseur dans leur partie externe ; ostium abdominale perméable ; ovaire gauche scléro-kystique ; petit kyste du corps jaune ; kyste folliculaire hématique (du volume d'une amande) ; ovaire droit : volumineux kyste folliculaire hématique rompu (mandarine) ; scléreux ; deux petits kystes (noisettes) sur le ligament tubo-ovarien.

Suites opératoires bonnes. 25 mars 1909, ablation des pinces ; mèche oxygénée. Le 1er avril, hémorragie par le vagin, après douleur, peu abondante, arrêtée spontanément 8 à 10 heures après. Le 2 avril, glace sur le ventre. Le 25 avril 1909, la malade sort, complètement guérie.

Obs. XXXI. — Mme B..., 40 ans, Gigean. Entre le 11 mai 1909, pour douleurs dans le bas-ventre.

Réglée à 18 ans ; règles faciles, abondantes, régulières (5-6 jours) ; ni douleurs, ni pertes blanches. Mariée à 21 ans ; cinq enfants ; grossesses et accouchements normaux ; séjours au lit très courts ; suites de couches apyrétiques. Le dernier accouchement a eu lieu il y a neuf ans.

Depuis 5-6 ans, fatigue générale. Il y a deux ans, les douleurs ont apparu, progressivement, siégeant dans le vagin, s'irradiant parfois dans les reins, les fesses. Règles en avance, abondantes (5-6 jours), précédées de douleurs ; pas de métrorragies ; pertes blanches très abondantes, par périodes.

Examen. — Col en haut et en avant, sous la symphyse, gros, avec déchirures multiples ; fond très gros, en rétroversion, réductible et non douloureux. Dans le cul-de-sac latéral droit, on sent l'ovaire (non douloureux) à gauche, rien. Erosion autour de l'orifice du col ; glaires de métrite cervicale. Hystérométrie : 7 cent. 1/2.

Hystérectomie vaginale le 1er juin 1909. — Section de l'utérus sur la ligne médiane ; section du ligament large gauche, difficile ; quatre pinces à demeure ; mèche d'eau oxygénée.

Examen des pièces : utérus gros, à parois épaisses et scléreuses ; fongosités hémorragiques du fond ; œufs de Naboth au niveau du col. Ovaires scléro-kystiques ; à droite, petit kyste du corps jaune ; à gauche, kyste de la grosseur d'une amande. Trompes longues et épaisses, contournées, congestionnées ; ostium abdominale perméable.

Suites opératoires. — Vomissements dans la nuit et le lendemain. Le 3 juin, ablation des pinces. Le 5 juin, vomissements ; ablation des mèches vaginales ; purgatif. Le 6 juin, vomissements, qui s'arrêtent après lavage de l'estomac. Le 26 juin, la malade sort, guérie.

Obs. XXXII. — Mme D..., 26 ans, Cette. Entre le 7 juillet 1909.

En juillet 1909, pleurésie sèche gauche ; la malade garde le lit pendant un mois.

Réglée à 13 ans, très régulièrement. Mariée à 19 ans ;

3 enfants. Au cinquième mois de la deuxième grossesse, débuts de pertes blanches, qui ont augmenté peu à peu et ont persisté jusqu'à aujourd'hui. Accouchements normaux ; suites de couches normales. En février 1909, pendant sa pleurésie, la malade a eu des pertes rouges, qui ont persisté jusqu'à aujourd'hui, plus ou moins abondantes, ne cessant par intervalles que pendant 5 à 6 jours. Les pertes blanches n'ont pas cessé. A cette époque, cautérisation au nitrate d'argent, pendant un mois et demi, tous les huit jours.

Examen. — Col gros ; utérus assez gros, douloureux à la palpation, très mobilisable. Annexes nettement perceptibles ; grosses masses salpingo-ovariennes. L'utérus, saisi par une pince, descend facilement à la vulve.

Hystérectomie vaginale le 22 juillet 1909. — On enlève les pinces vaginales 48 heures après. Pas d'hémorragies.

Suites opératoires excellentes ; pas de fièvre. Le 27 juillet, nouveau pansement.

Pansements tous les deux jours.

La malade sort, guérie, le 22 août 1909.

Nous apportons ici treize observations de salpingo-ovarites chroniques, traitées et guéries par l'hystérectomie vaginale. Ce nombre nous paraît assez important pour que nous essayons de dégager l'enseignement qu'il comporte.

On sait que la majorité des chirurgiens rejettent aujourd'hui l'hystérectomie vaginale dans les lésions bien refroidies. Cette méthode, en effet, bien qu'elle porte le nom « *d'Opération Française* », ne trouve, même en France, plus guère de défenseurs, malgré la très intéressante et très remarquable défense présentée au Congrès de Chirurgie de 1904 par M. le professeur Richelot.

L'Ecole de Montpellier compte aussi un défenseur zélé

de l'hystérectomie vaginale, dans de certaines conditions. Ce vaillant et éminent défenseur de « l'Opération Française », est précisément notre excellent maître, M. le professeur de Rouville. C'est donc avec un vrai plaisir que nous avons publié les observations qui précèdent, et qui nous semblent résumer admirablement les indications dans lesquelles l'hystérectomie vaginale doit être pratiquée.

La première indication vient de l'*état général* des malades. C'est chez ces femmes épuisées par les douleurs et par une longue suppuration, que l'hystérectomie vaginale opère « les guérisons miraculeuses » dont parle J.-L. Faure, qu'elle provoque « ces résurrections », qu'elle est seule à pouvoir enregistrer de tels triomphes.

L'indication générale tirée de la *virulence des lésions pelviennes* est à peu près admise par tous. Legueu (1) pense que les lésions aiguës suppurées sont seules justiciables de l'hystérectomie vaginale, car la virulence du pus imprimerait certainement une gravité exceptionnelle à la laparotomie. Pour lui, l'hystérectomie vaginale, au contraire, apparaît comme une excellente opération de drainage, qui, enlevant l'utérus, supprime la « bonde » et permet au pus de suivre les lois naturelles de la déclivité. Ce bon résultat est obtenu avec une bénignité que ne donnerait certainement pas la laparotomie.

Pour J.-L. Faure, ce n'est ni la complexité plus ou moins grande des lésions, ni leur volume, ni les adhérences avec les organes voisins, qui doivent entrer en ligne de compte dans le choix de l'opération, c'est avant tout le degré de leur infection et de leur virulence. Il conclut :

---

(1) Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité médico-chirurgical de gynécologie (1904).

« Les annexites chroniques bilatérales, froides, en dehors des poussées aiguës, sont toutes, sans exception, justiciables de l'hystérectomie abdominale. L'hystérectomie vaginale, au contraire, sera réservée aux suppurations virulentes, aiguës, menaçantes, à foyers multiples, à tendance envahissante, et qu'une simple colpotomie paraît devoir être impuissante à guérir. »

Les partisans exclusifs de la laparotomie pourront objecter qu'une virulence s'atténue et disparaît sous l'influence du repos et d'un traitement approprié. Nous leur répondrons qu'il en est heureusement ainsi dans un bon nombre de cas, mais que, souvent aussi, les malades s'affaiblissent et perdent un temps précieux à espérer un refroidissement, dont l'attente prolongée n'est pas sans inconvénient, ni même sans danger.

Des indications particulières sont tirées de la bilatéralité des lésions et de leur situation anatomique.

Pour ce qui est de la bilatéralité des lésions, elle n'est malheureusement que trop fréquente dans les cas où nous voulons trouver des indications à l'hystérectomie vaginale, c'est-à-dire dans les lésions suppurées.

La situation des lésions crée aussi d'importantes indications. Seule, l'hystérectomie vaginale permettra d'ouvrir et de drainer sans danger les collections purulentes multiples, incluses à la fois dans les annexes et dans les adhérences péritonéales, séparées, « exclues » de la grande cavité par des tractus solides, véritable « dôme » de protection. Dans ces cas, par la laparotomie, la vue est impuissante et toute tentative d'énucléation dangereuse. En vain, alors, reproche-t-on à l'hystérectomie vaginale, d'être une opération incomplète, parce que l'ablation des annexes malades est souvent impossible. C'est le caractère incomplet même qui fait la sécurité de l'opération. Lui

faire ce reproche, dit Bouilly, c'est en méconnaître l'esprit et les avantages. Les résultats en sont d'ailleurs excellents, même dans ces conditions. L'ouverture, l'ouverture large des poches purulentes, et le drainage ainsi effectué, répondent à toutes les indications. M. le professeur Richelot insiste beaucoup, non seulement sur l'inutilité, mais encore sur le danger qu'il y aurait à vouloir cette extirpation complète. Je n'en suis plus à compter les observations où les annexes ainsi abandonnées se sont « volatilisées » au bout de quelque temps, sans que la guérison en ait été retardée d'une minute (1). En pareil cas, toute la difficulté vient de l'ablation de l'utérus. Mais une laparotomie dans les mêmes conditions serait-elle exempte de difficultés ?

En résumé, nous voyons que les principales indications de l'hystérectomie vaginale proviennent de la virulence des lésions et de leur situation.

---

(1) Richelot. — L'Hystérectomie vaginale 1894. Voir les observations.

CHAPITRE III

HYSTÉRECTOMIES ABDOMINALES TOTALES

Obs. XXXIII (Salpingo-ovarite. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison). — A. D..., 27 ans, entre le 4 juillet 1906, pour douleurs abdominales et fortes métrorragies.

Antécédents personnels. — Histoire de la maladie. — A eu la rougeole à 5 ans. Réglée régulièrement à 14 ans ; les règles duraient quatre jours. Mariée en 1898. Un an et demi après, grossesse qui n'arriva pas à terme ; accouchement prématuré à 6 mois 1/2. Deuxième grossesse en 1901, terminée de nouveau par un accouchement avant terme, à 6 mois 1/2 (l'enfant a vécu deux ans et est mort du croup). Ce deuxième accouchement a été pénible et accompagné d'une très forte hémorragie qui a beaucoup affaibli la malade ; elle s'est levée quinze jours après.

En juin 1903, apparition de pertes blanches dans les périodes intermenstruelles ; ces pertes empesaient le linge, le tachaient en jaune et en vert ; pas de douleurs à la miction. Dès ce moment, les règles ont pris une odeur fétide, ont augmenté en abondance et en durée (9 jours). La malade, entrée à la Maternité le 4 avril 1905, y a été traitée jusqu'en juillet 1905 et en est sortie très améliorée. A l'occasion d'une forte fatigue (vendanges), des douleurs abdominales ont apparu qui ont obligé la malade à entrer de nouveau à la Maternité.

Il y a trois mois, elle a reçu un coup de pied qui a réveillé et exacerbé les douleurs qu'elle ressentait au bas-ventre et dans la région lombaire.

La malade a présenté des crises nerveuses et s'est livrée à des excès de masturbation qu'ont suivis des maux de tête.

Le 25 juillet, on place à la malade un drain utérin.

Le 28 juillet, le drain est enlevé. Pansement utérin ordinaire.

Le 31 juillet, lavages intra-utérins.

Opération. — Le 5 octobre, le professeur de Rouville pratique l'hystérectomie totale. Nombreuses adhérences. L'ovaire gauche est difficilement atteint, la trompe tuméfiée est gonflée de pus.

Suites opératoires. — Fermeture du vagin. Sérum les quatre jours qui suivent l'opération. Au cinquième jour on enlève le pansement. Drainage du vagin à l'abdomen. Pendant dix jours, la malade fait de la température et son pouls varie entre 108 et 120. Le 13 novembre, la malade sort guérie. La paroi parfaitement bien refermée nécessite cependant le port d'une ceinture abdominale. Elle a été revue souvent depuis, et particulièrement le 16 janvier 1908. Elle se porte à merveille. Plus de douleurs ; plus de pertes.

Obs. XXXIV (Métro-salpingo-ovarite blennorragique. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison). — Irma L..., 28 ans, entre le 11 décembre 1906, pour pertes rouges abondantes et douleurs dans tout le bas-ventre.

Antécédents personnels. — Historique de la maladie. — Réglée à 11 ans. Règles régulières d'une durée de 8 jours jusqu'à l'âge de 27 ans. A partir de ce moment, elle se met à mener une vie irrégulière et commence à

souffrir du ventre. Les règles deviennent douloureuses, avec caillots ; la douleur se fait surtout sentir à droite. (Pas de douleur à la miction.) Elle entre alors à l'hôpital de Carcassonne où on la soigne par des injections chaudes et des applications de glace sur le ventre. Elle y reste six mois et sort guérie (?). Six ou sept jours avant son entrée à la clinique, les douleurs ont reparu, très violentes ; elle a de la fièvre (39°8). Une douglassite est diagnostiquée ; incision ; la température tombe à 37°2, en même temps que les douleurs se calment. Il s'agissait d'une collection sanguine infectée dans une poche d'adhérences rétro-utérines. Mais l'accalmie ne dure que 3 jours et une nouvelle crise de pelvi-péritonite survient. Irrigations chaudes, lavements chauds. Le calme renaît et de jour en jour les lésions régressent. Tandis qu'à l'entrée de la malade l'utérus était immobilisé par une douglassite, une salpingo-ovarite double surtout prononcée à droite, actuellement, 1er février, l'utérus s'est mobilisé et on délimite bien les lésions. A cette date, les règles sont très abondantes et peu douloureuses. La fièvre a complètement disparu.

Opération. — Le professeur de Rouville décide de laisser refroidir encore jusqu'au 20 février et pratique alors l'*hystérectomie abdominale totale*. L'utérus, de moyen volume, est très dur et très scléreux ; la trompe droite volumineuse, en cornemuse, entourant un ovaire gros comme une petite mandarine, est le siège d'un gros kyste hématique. Ces annexes droites sont adhérentes dans le Douglas. Prises par-dessous, elles sont aisément enlevées. Les annexes gauches sont abordées ensuite : trompe épaissie ; petit kyste attenant à une des franges du pavillon ; la trompe adhère intimement à l'ovaire sclérokystique ; ces annexes préalablement décollées par des-

sous sont enlevées à leur tour. L'hystérectomie totale est alors pratiquée. Après diminution par une suture de l'orifice vaginal, un drain en T est placé dans le vagin. Péritonisation parfaite au-dessus ; suture des ligaments larges et du péritoine vésical à l'S iliaque. Fermeture de la paroi en trois plans, sans drainage. Sonde à demeure.

Suites opératoires. — Légère hémorragie provenant de la lèvre postérieure du vagin et remplissant ce dernier de caillots. Le vagin est vidé ; on fait une légère injection très chaude et on place une mèche de gaze. Pas de fièvre. Le pouls est rapide ; la malade présente de fréquents vomissements, mais l'état général est excellent. La malade, très nerveuse, s'agite beaucoup et enlève la sonde à demeure. Le 25, le drain vaginal est enlevé ; injection au lysol dans le vagin ; pansement à l'eau oxygénée. A partir de ce moment tout rentre dans l'ordre, et la malade se déclare enchantée d'avoir subi l'intervention.

Le professeur de Rouville a revu plusieurs fois la malade depuis sa sortie de l'hôpital. Bien que s'étant remise à faire la noce, elle a beaucoup engraissé et son état général est excellent.

Obs. XXXV (Salpingo-ovarite double. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison). — Mme M..., 28 ans, entre en janvier 1907. Elle y a déjà fait un séjour en octobre 1906 ; le 4 de ce dernier mois, en effet, elle a été curettée et est sortie le 26, se disant guérie.

En octobre, l'histoire de cette malade se résumait ainsi : Femme débile, de petite taille ; réglée à 12 ans, régulièrement ; les règles durent 7 à 8 jours. Mariée il y a 8 ans, elle devient immédiatement enceinte ; accouchement très douloureux qui dure deux jours ; pas d'acci-

dents. Mais des pertes blanches, jaunâtres, empesant le linge, s'installent et ne cesseront plus. Le retour de couches ne se fait pas, et pendant un an la malade n'a pas ses règles. Elles reparaissent alors normalement, mais ne tardent pas à cesser pendant deux mois. A ce moment surviennent des hémorragies qui durent 7 à 8 jours et se renouvellent tous les 15 jours. Quand elle entre à la clinique, ces hémorragies se sont arrêtées depuis 5 mois ; mais les pertes jaunâtres persistent et la malade souffre de douleurs abdominales continues prédominant à droite et exacerbées par la fatigue. Elle mange peu et digère mal.

Examen d'octobre 1906. — Ventre souple. Utérus gros (fond à 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse), en rétroversion très nette. Le col regarde en haut et en avant ; il est déchiré à gauche et présente une bride cicatricielle dans le cul-de-sac latéral gauche. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent le corps utérin. Dans le cul-de-sac latéral droit, on sent la trompe augmentée de volume. La bride du cul-de-sac gauche, très tendue, gêne l'exploration.

Le 4 octobre, curettage sous chloroforme, suivi de pansements intra-utérins à l'ichthyol. La malade sort le 26, en très bon état.

Elle rentre dans le service en janvier, se plaignant de souffrir du ventre, surtout pendant le coït.

Examen de janvier 1907. — Dans les deux culs-de-sac latéraux on sent les annexes douloureuses, augmentées de volume. Annexite double.

Opération. — Le 8 février, le professeur de Rouville pratique l'hystérectomie abdominale totale. Drainage sous-péritonéal ; les drains sont enlevés au bout de 48 heures.

Suites opératoires. — Guérison parfaite sans aucun incident.

Obs. XXXVI (Salpingo-ovarite double. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison). — Marie T..., 26 ans, entre en octobre 1908 pour douleurs abdominales continues, siégeant au côté droit.

Antécédents personnels. — Réglée à 16 ans. Règles peu abondantes, durent 2 à 3 jours, irrégulières. Mariée à 20 ans, les règles deviennent régulières, sans souffrances.

1er accouchement il y a 5 ans ; 2e accouchement il y a 14 mois. Depuis, douleurs du côté droit et pertes blanches accrues. Pas de vomissements. Il y a 1 an, à la suite d'une grosse perte avec caillots, les règles disparaissent presque complètement.

Examen. — Palpation. Abdomen aux parois très mobilisables. Rien de particulier au toucher, col dur, sclérokystique avec déchirure bilatérale. Dans le cul-de-sac postérieur, masse dure, pierreuse, se prolongeant dans le cul-de-sac latéral gauche jusqu'à 5 ou 6 travers de doigt au-dessous de la symphyse du pubis. Cul-de-sac antérieur libre. Cependant, l'utérus semble en antéversion, comprimé qu'il doit être par les masses postérieures. On pratique le toucher rectal. On sent une tumeur dure, volumineuse, bombant à l'intérieur du rectum.

Opération. — Le 22 novembre, hystérectomie abdominale totale.

Suites opératoires. — Normales. Pouls à 80. Pas de température.

Huit jours après l'intervention on enlève les crins.

La malade sort guérie dans les premiers jours de décembre.

Obs. XXXVII (Métro-salpingo-ovarite. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison). — Mme M..., 27 ans, entre en novembre 1908, pour pertes blanches et douleurs abdominales.

Antécédents. — Réglée à 15 ans. Dysménorrée de 3 ou 4 jours. Pertes irrégulières, absentes des mois entiers, peu abondantes, douloureuses ; pas de pertes blanches. Mariée à 19 ans. Neuf mois après, accouchement suivi de douleurs très fortes pendant 9 jours. Pertes blanches apparaissent. 3 autres accouchements normaux. Pas de fausses couches.

La malade se remarie en décembre 1907. Quelques jours après le mariage, douleurs abdominales très fortes, bilatérales, durant 8 jours ; elles ont persisté depuis.

Examen. — Actuellement, pertes blanches continuelles très abondantes.

La malade a maigri de 20 kilos en 10 mois.

Palpation : Ventre aux parois très adipeuses, rien de particulier.

Toucher : Pas de grosse lésion annexielle. Col gros avec déchirures.

Dans le cul-de-sac postérieur, on sent les annexes tomber dans le Douglas ; douleur à la pression bimanuelle. Utérus gros, en antéversion.

Opération (le 2 décembre). — Laparotomie. On commence par libérer les annexes droites faiblement adhérentes. On pince les ligaments ronds et les infundibuli pelviens droits. Section entre ces 2 pinces.

Même opération à gauche. Libération de la vessie. Section des ligaments larges en dedans des pinces après hémostase provisoire de ces ligaments. Section au bistouri de la paroi antérieure du vagin. On saisit le col de l'utérus

avec une pince à dents et on fait une section circulaire du vagin autour du col.

Introduction dans la cavité vaginale d'une mèche provisoire.

Ablation par la vulve de la mèche, qui est remplacée par un drain en T.

Ligature des utérines. Péritonisation. Fermeture des ligaments larges droits.

Péritonisation médiane à l'aide du côlon iliaque ; fermeture des ligaments larges gauches. Fermeture de la paroi sans drainage.

Examen des pièces. — Utérus augmenté de volume. La paroi est épaissie et très scléreuse ; dans l'intérieur de la cavité utérine se trouve un gros caillot (la malade vient d'avoir ses règles).

Annexes droites : la trompe est augmentée de volume dans sa portion externe. Oblitération de l'ostium abdominale par soudure des franges. Ovaire scléro-kystique. Kyste hématique.

Annexes gauches : trompe également augmentée de volume dans sa partie externe. Ostium abdominal accolé par de solides adhérences à l'ovaire qui l'oblitère. Ovaire scléro-kystique et de moyen volume.

Suites opératoires. — Aucune complication. La malade sort en excellent état.

Suites éloignées. — La malade revient le 13 avril 1910. Elle se plaint de pertes vertes très abondantes et très épaisses, le coït est très douloureux et cela répond dans tout le ventre. La malade a beaucoup engraissé. Au toucher, belle cicatrice vaginale. A l'extrémité droite de la cicatrice, on sent un infundibulum.

Obs. XXXVIII (Pyosalpinx droit. — Kyste hématique de l'ovaire gauche. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison). — Françoise J...., 22 ans, entre en novembre 1908 pour pertes blanches très abondantes.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une congestion pulmonaire. Mère morte d'un cancer abdominal.

Antécédents personnels. — Réglée à 16 ans : les règles apparaissent avec parfois 15 jours de retard. Elles durent 8 jours, sont très abondantes avec beaucoup de caillots. Dysménorrée assez forte 3 ou 4 jours avant les règles. En janvier 1907, fausse couche probable. En février les règles redeviennent normales, abondantes, avec pertes blanches continuelles. Douleur à la miction. Ces pertes étant par trop abondantes, la malade entre dans le service le 26 novembre.

Examen: — Parois résistantes. La palpation ne provoque aucune douleur.

Toucher : L'utérus est en antéflexion. Le col très gros présente des œufs de Naboth. Il regarde en arrière dans le cul-de-sac postérieur. Cul-de-sac latéral droit libre, mais on y provoque la douleur ; on y sent de plus un noyau induré qui fait penser à un petit fibrome du ligament large attenant à l'utérus. Les autres culs-de-sac sont normaux. Au cathétérisme l'hystéromètre donne 7 cm. 1/2 à 8. Aux valves on trouve un col gros, l'utérus ne descend pas et on en fait sortir des glaires d'origine cervicale en quantité considérable quand avec les valves on « trait » l'utérus.

Analyse d'urine : réaction acide ; urée : 28,2 par litre ; glucose : 0 ; albumine : 0.

Opération. — Laparotomie. A l'ouverture du ventre, l'utérus apparaît rejeté à gauche par une masse qui occupe la région annexielle droite, adhérente partout, du

volume d'une grosse mandarine. On saisit le fond de l'utérus avec une pince. On décolle le Douglas comblé par des adhérences. De dedans en dehors et de bas en haut, on décolle la masse annexielle droite. Cette masse est retenue par le ligament infundibulo-pelvien très épaissi. On coupe le ligament entre deux pinces et on arrive à pédiculiser les annexes sur la corne utérine. Pendant cette manœuvre, un flot de pus jaillit sur les compresses très nombreuses. On se débarrasse immédiatement de cette masse annexielle. On essaie de décoller les annexes gauches formant une masse du volume d'un œuf. Mais on ne peut y arriver et on se décide à enlever l'utérus avant cette masse. Décollement de la vessie. Section des ligaments larges jusqu'au vagin. On saisit le col et on coupe circulairement le vagin. L'utérus enlevé, on fait l'ablation des annexes gauches en décollant de nombreuses adhérences. Ligature des utéro-ovariennes et utérines. On introduit un drain en T dans le vagin et on péritonise en se servant du rectum parce qu'il n'y a plus de péritoine en arrière.

Examen des pièces. — Utérus : 8 centimètres. Le col déchiré est le siège d'une métrite cervicale chronique. Parois internes épaissies et scléreuses. Les plis de l'arbre de vie sont très hypertrophiés et la muqueuse du col est tomenteuse. Les annexes droites présentent un pyosalpinx. Trompe grosse comme le pouce, pleine de pus. Muqueuse fongueuse, vascularisée, couverte de dépôts purulents. Ostium abdominal oblitéré par les adhérences des franges à l'ovaire gros comme un œuf et présentant des kystes folliculaires de la grosseur d'une amande et un kyste hématique. Ovaire et trompe forment une masse intimement unie par des adhérences de pelvi-péritonite. Les annexes gauches présentent une trompe épaissie, tor-

tueuse, perméable. L'ovaire est scléro-kystique avec kyste hématique renfermant un gros caillot.

Suites opératoires. — Excellentes. La malade sort guérie le 6 janvier 1909.

Obs. XXXIX (Métrite. — Salpingo-ovarite double. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison). — Marie N..., 32 ans, domestique, entre le 15 janvier 1909 pour pertes rouges très abondantes.

Examen. — A la palpation profonde, légère douleur à l'hypogastre et dans le flanc gauche. Au toucher, col près de la vulve regardant en avant, mou ; lèvres antérieures hypertrophiées. Déchirure à gauche. Fond utérin en rétroversion, non douloureux à la pression. Cul-de-sac droit libre, cul-de-sac gauche douloureux.

Dans le Douglas, flanquant le col utérin, on sent deux masses très douloureuses, qui sont les annexes enflammées et prolabées. Hystérométrie : 8 cm. 1/2 à 9. Exulcération. La malade sort sans vouloir se laisser opérer.

Le 11 février 1909, la malade rentre. Au toucher, utérus en rétroversion ; les annexes ne sont plus perçues.

Opération (le 2 mars 1909). — Laparotomie médiane. Parois très vasculaires. L'utérus est en rétroversion, fixé par de nombreuses adhérences. Une fois relevé il se montre augmenté de volume. La face postérieure est saignante avec des adhérences qui obstruent tout le Douglas. Libération des annexes qui sont également fixées par de solides adhérences. Pendant ce temps de l'opération, rupture de la trompe droite à 4 centimètres environ de l'utérus, et rupture de l'ovaire gauche. Hystérectomie totale. Drain en T dans le vagin. Le péritoine est suturé en surjet au-dessus. Suture de la paroi à triple étage.

Examen des pièces. — Utérus à parois épaissies et

sclérosées ; au voisinage du fond, fongosités. Trompes saines dans leur quart interne ; au-delà elles sont bosselées, sinueuses, augmentées de volume, surtout au voisinage du pavillon ; les franges en sont repliées et soudées ; il y a là un petit abcès contenant du liquide séro-purulent. Les plis sont considérablement hypertrophiés. Ovaires légèrement augmentés de volume et scléro-kystiques. Kyste hématique à droite.

Suites opératoires. — Excellentes. Le 6 avril 1909, la malade sort guérie.

Obs. XL (Ovarite scléro-kystique. — Sclérose utérine hémorragique. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison). — Catherine Ch..., 27 ans, sans profession, entre à la Villa Fournier, le 2 février 1909, pour pertes rouges abondantes.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 58 ans, asystolique. Mère morte asystolique à 55 ans. Deux frères bien portants.

Antécédents personnels. — Histoire de la maladie. — La malade accuse comme maladies antérieures une rougeole et une fluxion de poitrine à 7 ans ; elle souffre de céphalées fréquentes et d'angines à répétition. Réglée à 14 ans, régulièrement ; les règles, abondantes, durent 8 jours, avec caillots ; quelques rares pertes blanches. Depuis l'âge de 17 ans, les règles, tout en restant indolores, ont présenté de l'avance et du retard dans leur apparition ; elles devenaient de plus en plus abondantes et duraient de plus en plus longtemps ; des métrorragies survenaient dans les périodes intermenstruelles. Mariée à 21 ans. Pas d'accouchement, ni de fausse couche. Les règles duraient au début 15 jours ; 2 ou 3 jours après, métrorragies qui allaient jusqu'aux règles suivantes. En septem-

bre 1908, la malade subit un curettage à Marseille ; arrêt des hémorragies pendant deux mois.

Actuellement les pertes sont continues, avec de nombreux caillots. Quelques rares pertes blanches. La malade présente un peu de dyspnée d'effort.

Examen. — Le toucher révèle un utérus gros avec col volumineux et large orifice externe. Les culs-de-sac sont libres ; l'utérus, mobile au toucher, n'est pas douloureux. Hystérométrie : 8 centimètres.

Le 8 février 1909, après dilatation avec des laminaires, le toucher intra-utérin est pratiqué ; le doigt est arrêté par des masses de consistance dure. Le vagin est désinfecté en vue d'une hystérectomie vaginale.

Le 12 février, l'analyse des urines de la malade donne les résultats suivants :

Quantité en 24 heures : 2.000.

Acide.

Densité 10,4.

Pas de glucose.

Très légères traces d'albumine.

Opération. — Le 16 février, on se décide à pratiquer l'hystérectomie abdominale. Après laparotomie médiane, les annexes sont libérées ; pendant ce dernier temps, un petit kyste de l'ovaire droit se rompt. Hystérectomie totale. La vessie qui contient une sonde à demeure a remonté dans le petit bassin et est incisée involontairement ; elle est immédiatement suturée. La ligature de l'utérine gauche est difficile. Surjet sur la tranche postérieure du vagin ; drain en T. Le surjet de péritonisation ne peut être fait qu'en suturant le péritoine vésical à l'anse iléo-pelvienne ; durant l'exécution de ce surjet, perforation incomplète de l'intestin ; elle est fermée par une suture

à la Lambert ; une mèche est placée au-devant de la suture vésicale. Sonde à demeure dans la vessie.

Examen des pièces. — Utérus scléreux dont l'épaisseur des parois mesure 2 centimètres ; quelques petits kystes sont appendus aux trompes normales par ailleurs. L'ovaire droit, blanchâtre et scléreux, présente les traces de la rupture du kyste survenue au cours de l'opération ; à la coupe on voit d'autres kystes de la grosseur d'une noisette. L'ovaire gauche est aussi scléro-kystique.

Suites opératoires. — Bonnes.

Le 18 et le 19 quelques épistaxis avec hémoptysie peu abondante.

Le 20, ablation des 2 mèches. Les plaies sont en bonne voie de cicatrisation.

Le 15 mars, la malade sort guérie.

Obs. XLI. — (Métrite. — Salpingo-ovarite double. — Hystérectomie abdominale totale. — Complications post-opératoires. — Guérison). — Julia Ph..., 35 ans, entre le 2 février 1909 pour douleurs dans le bas-ventre.

Antécédents personnels. — Réglée à 12 ans et demi. Avance régulière de 3 à 4 jours : douleurs au moment de l'apparition des règles nécessitant l'alitement. Règles abondantes, durant 3 à 4 jours. Il y a dix ans, fausse couche de 1 mois et demi ; à la suite pertes rouges et blanches abondantes. Injections et pansements pour métrite.

Maladie actuelle. — Depuis 4 mois et demi, douleurs dans le côté droit du ventre revenant chaque jour, diminuant au moment des époques. Pertes blanches abondantes et épaisses. Pas de crise de pelvi-péritonite pendant le mois de décembre. Injections et pansements. Insomnie nocturne, agitation, sueurs nocturnes.

Constipation : 1 selle tous les 2 jours par lavement.

Palpitations. Dyspnée légère d'effort. Varices des membres inférieurs.

Amaigrissement depuis le début de la maladie.

Examen. — Ventre légèrement ballonné, douloureux à la pression dans la fosse iliaque droite. Au toucher, col gros, fond utérin dépassant la symphyse de 2 travers de doigt. Dans le cul-de-sac droit masse très douloureuse, petite, mal délimitable. Dans le cul-de-sac gauche, annexes moins douloureuses. Douglas libre.

Les valves mises, on voit de grosses glaires visqueuses sortant du col. Erosions autour de l'orifice du col.

Opération (le 8 février 1909). — Hystérectomie abdominale totale. Quelques adhérences du côté des annexes droites. Adhérences plus nombreuses du côté gauche où les annexes ne sont que difficilement libérées. L'utérus est alors enlevé. Il reste une partie du col du côté droit. Le vagin ouvert est cautérisé avec une mèche imprégnée de teinture d'iode. Cautérisation de la tranche vaginale avec le thermo. Surjet de la paroi postérieure du vagin. Drain en T dans le vagin. Surjet de péritonisation au-dessus du drain.

Examen des pièces. — Utérus un peu augmenté de volume. Epaisseur : 4 cm. Hystérométrie : 8 cm. Consistance dure. Sur la face postérieure au-dessus de l'isthme, fibrome sous-péritonéal de la grosseur d'une noix ; sur le fond, fibrome sous-séreux comme une grosse lentille. Sur la face antérieure, fibrome interstitiel du volume d'une grosse noisette. Annexes droites : ovaires scléreux avec petit kyste hémorragique. Ostium abdominal perméable. A gauche, ovaire scléreux, avec petits et gros kystes hémorragiques. Trompe plus volumineuse. Ostium fermé.

Suites opératoires. — Le 16 février, ablation des fils.

Le 25, la malade se lève.

Le 27, phlébite de la saphène externe gauche. Immobilisation.

2 jours après, douleur au niveau de la saphène interne et gonflement de la cuisse ; température : oscillations entre 36°5 et 37°6.

Le 15 avril, l'œdème a disparu. Un peu de circulation supplémentaire superficielle. On ne sent plus de cordon le long de la saphène externe. Il n'a plus de température. On fait du massage et le 26 avril, la malade sort à peu près guérie.

Obs. XLII. — (Pyosalpinx double. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison). — Mlle R. L..., 17 ans, couturière, entre le 5 mars 1909 pour douleurs de ventre et pour pertes rouges.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Une sœur en bonne santé. Une sœur morte à 13 ans de fièvre typhoïde.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle. Réglée à 9 ans, régulièrement. Depuis, règles régulières, avec quelques douleurs prémenstruelles ; règles abondantes durant 4 ou 5 jours, sans caillots. Pas de pertes blanches.

Il y a un an, cinq jours après la défloration, pertes jaunes-verdâtres, sans phénomènes douloureux, ni phénomènes urinaires, pendant deux mois. Ces pertes reprennent après un arrêt de trois mois. En même temps, douleurs dans les deux fosses iliaques, arrivant à moments variables pendant le jour ou la nuit ; douleurs pongitives, parfois obligeant la malade à s'aliter. Ces douleurs sont allées « crescendo » jusqu'à aujourd'hui. Depuis quelques jours, la douleur est plus marquée à gauche, forçant la malade à garder le lit depuis 8 jours.

Depuis un an environ, les règles avancent régulièrement de 2 à 3 jours, douloureuses, plus abondantes, durant 8 à 10 jours, avec caillots. Avant et après, pertes blanches abondantes, surtout avant. Pas de métrorragie. Amaigrissement de 4 kilos, les quatre derniers mois. Un peu d'anorexie et de dyspepsie. Pas de vomissements. Une selle tous les deux à trois jours. Dyspnée d'ascension. Insomnie.

Examen. — Ventre douloureux à la pression dans la fosse iliaque droite, un peu plus sur la ligne médiane, davantage dans la fosse iliaque gauche. A l'inspection, caroncules myrtiformes un peu hypertrophiées. Une goutte de pus vient au méat uréthral, ramenée par le doigt exprimant le canal d'arrière en avant.

Au toucher : vagin granuleux, col petit, regardant en avant, lisse. Le corps est en antéflexion, irrégulier, très douloureux à la mobilisation. Le cul-de-sac postérieur est libre. Dans le cul-de-sac droit, les annexes peu augmentées de volume, très douloureuses, sont perceptibles. Dans le cul-de-sac gauche, annexes aussi douloureuses, mais plus facilement perçues, sur les côtés et un peu en arrière de l'utérus.

Examen aux valves : Légère ulcération en bas et en arrière de l'orifice externe ; glaires épaisses et filantes.

On institue le traitement suivant : Repos, compresses chaudes sur le ventre, tampons d'ichthyol, lavements chauds.

Le 26 mars 1909, le toucher révèle dans le cul-de-sac droit une grosse masse annexielle, nettement limitée, fluctuante et douloureuse. Mêmes signes à gauche.

Opération, le 31 mars 1909. — Anesthésie au chloroforme : 50 grammes. Laparotomie médiane sous-ombilicale : paroi très vasculaire. A l'ouverture du ventre, on

aperçoit de très nombreuses adhérences, avec des poches contenant du liquide de pelvi-péritonite ; ces adhérences relient l'utérus et les annexes à la vessie, l'intestin et l'épiploon. Ces adhérences se rompent assez facilement et on peut atteindre l'utérus. Les annexes droites sont très adhérentes, la trompe augmentée de volume contient du pus, la poche se rompt au cours des manœuvres de libération. A gauche il en est de même ; rupture du pyosalpinx. Hystérectomie totale. Dans le vagin, on introduit successivement une mèche imbibée de teinture d'iode, puis un drain en T. Ligature des pédicules. Surjet de péritonisation au-dessus du drain. Un drain mis dans le Douglas ressort par la plaie abdominale. Surjets de la paroi et crins.

Examen des pièces. — L'utérus a un volume normal. L'antéflexion utérine est très marquée, l'orifice externe est bilabié. Petit fibrome gros comme une noisette au niveau de la corne droite.

Annexes droites : Trompe sinueuse, très augmentée de volume ; au niveau du pavillon, la trompe est très dilatée ; elle formait une cavité fermée par de l'épiploon qui a été détaché en même temps que la trompe. Ovaire scléro-kystique.

Annexes gauches : Trompe nodulaire, flexueuse. Nodulations à la corne utérine. Le pavillon manque et est resté dans le ventre. Ovaire scléro-kystique, kyste hématique, folliculaire. Petit kyste hématique du corps jaune.

Suites opératoires. — Bonnes. Le 2 avril 1909, ablation du drain abdominal ; le 3, ablation du drain vaginal ; le 8, ablation des fils. Pendant quelques jours, léger écoulement au niveau des drains et immédiatement au-dessous sous la peau. Au niveau du pied gauche brûlure du troisième degré. Le 28 avril 1909, la malade sort guérie.

Obs. XLIII. (Métrite parenchymateuse chronique. — Hydrosalpinx double. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison). — Elisa D..., 40 ans, couturière, entre le 18 avril 1909 pour pertes rouges.

Antécédents personnels. — Histoire de la maladie. — A toujours joui d'une bonne santé. Réglée à 17 ans régulièrement. Depuis, règles régulières, abondantes, durant 8 à 10 jours, sans douleurs ni caillots. Pas de pertes blanches. Mariée à 20 ans. Cinq enfants. Pas de fausse couche. Rien à signaler dans les grossesses et les accouchements, tous à terme ; un à 2 jours de lit après. Allaitement du premier enfant qui meurt à 10 ans, du croup. Les autres enfants sont morts à un mois. Depuis le mariage, pas de modifications des règles.

Il y a 2 ans, à la suite d'une période menstruelle, des pertes sanguines ont commencé, qui ont continué dans les périodes intermenstruelles suivantes, avec quelques arrêts de un à deux jours.

Le 24 mars 1908, la malade entre dans le service et subit un curettage le 16 avril. Un mois après, l'écoulement sanguin recommence et persiste durant 6 mois. Puis arrêt pendant trois mois. En décembre 1908, les pertes rouges reparaissent et persistent sans arrêt jusqu'à la fin de mars 1909.

Au commencement d'avril, pertes plus abondantes et apparition de caillots. Pas de douleurs. Amaigrissement marqué, pâleur du visage. Fatigue rapide dans la marche, maux de tête, vertiges, syncopes. Anorexie ; après le repas, nausées, douleur à l'épigastre. Pas de constipation. Dyspnée d'effort. Palpitations.

Examen. — Ventre souple, indolore à la pression. La vulve est couverte de sang. Déchirure légère du périnée.

Au toucher, col très court, à lèvres indurées, à orifice

externe arrondi. L'induration se sent encore en arrière sur une étendue de trois à quatre centimètres. Le fond de l'utérus est perçu au-dessus de la symphyse, à droite de la ligne médiane. Le sang s'écoule assez abondamment de la cavité utérine et se coagule dans les culs-de-sac. Orifice à contour sclérosé.

Hystérectomie : 8 1/2 à 9 centimètres.

Le 23 avril 1909 on procède à un curettage explorateur pour faire examiner les fragments de la muqueuse.

Le 24 avril, analyse d'urine : Quantité des 24 heures : 1.500.

Densité : 1.008. Réaction acide. Urée : 3 gram. 39 par litre. Albumine : traces.

Après injection de sérum, l'urée remonte à 7 grammes par litre.

Opération. — Le 8 mai 1909, sous anesthésie au chloroforme, on pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale.

Dans le Douglas on trouve deux gros hydrosalpinx. A droite, les annexes sont facilement libérées. A gauche, nombreuses adhérences très résistantes. Hystérectomie totale. Hémostase difficile au niveau des tranches vaginales. Drain en T. Surjet et péritonisation. Fermeture de la paroi par deux surjets et crins. Pas de drain.

Examen des pièces. — Utérus gros, à parois très épaissies et scléreuses. A droite et à gauche, gros hydrosalpinx. Ovaire gauche très kystique. Ovaire droit augmenté de volume mais moins kystique.

Suites opératoires. — Très bonnes.

Le 10 mai, ablation du drain vaginal.

Le 17 mai, ablation des fils. Réunion par première intention.

Le 2 juin, sort guérie.

Obs. XLIV (Métrite. — Salpingite bilatérale. — Hystérectomie abdominale totale. — Guérison). — Adrienne R..., 32 ans, entre le 25 août 1909 pour douleurs abdominales violentes.

Antécédents héréditaires. — Père mort bacillaire à 56 ans. Mère bien portante. Une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels. — Histoire de la maladie. — Aurait été malade jusqu'à l'âge de 6 mois, sans qu'il soit possible de déterminer la nature exacte de l'affection.

Bonne santé habituelle ensuite. Réglée à 15 ans 1/2 régulièrement. Les règles sont parfois précédées de douleurs ; elles sont peu abondantes, régulières.

Première grossesse il y a 10 ans. Au 7e mois, des hémorragies sans doutes dues à un placenta prævia obligent la malade à garder 5 jours le lit. L'enfant est né en état d'asphyxie blanche. Quatre jours de lit après l'accouchement. Six mois après, 2e grossesse normale ; bon accouchement suivi de quatre jours de repos au lit. La malade a nourri pendant 3 mois son 2e enfant. Pendant le 3e mois elle a souffert du ventre ; à la fin de ce mois, les règles ont fait leur réapparition et la sécrétion lactée a cessé. Il y a trois ans, coliques violentes pendant 8 jours. Depuis ce temps quelques douleurs abdominales vagues ont persisté.

Le 8 août 1909, la malade recommence à souffrir violemment. Elle est obligée de s'aliter le 13. Les règles sont venues et les douleurs n'ont fait qu'augmenter.

A son entrée à l'hôpital, on lui fait mettre de la glace sur le ventre ; lavements chauds.

Examen. — Le toucher montre un col repoussé en avant.

Le Douglas est occupé par une collection.

On sent une grosse masse annexielle à gauche, une plus petite à droite.

Opération. — Le 16 septembre, laparotomie médiane sous-ombilicale. On tombe sur une collection purulente dans le Douglas. Les annexes sont très atteintes. L'appendice est adhérent par son extrémité à la trompe droite.

Hystérectomie totale avec appendicectomie.

On fait le drainage vaginal et abdominal.

Suites opératoires. — Normales.

Le 16 octobre, la malade est guérie.

CHAPITRE IV

HYSTÉRECTOMIES ABDOMINALES SUBTOTALES

Obs. XLV (Salpingo-ovarite et kyste de l'ovaire gauche. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison). — Pauline P..., épouse A..., entre le 22 octobre 1909, pour douleurs dans le bas-ventre.

Antécédents. — Réglée à 13 ans avec quelques douleurs, régulièrement. A 19 ans se marie et a 4 enfants. Le 1er accouchement a lieu avant terme (7 mois), fœtus mort ; 2e accouchement : fœtus mort de 8 mois, grave hémorragie après l'accouchement, longue maladie ; 3e accouchement à terme, l'enfant meurt 3 mois après, le corps couvert de boutons ; à partir de cet accouchement la malade souffre du ventre ; 4e accouchement laborieux, à terme ; 3 mois après, hémorragies assez abondantes. Les douleurs abdominales deviennent de plus en plus fortes. Pendant 4 ans la malade continue à souffrir et ces derniers mois la douleur est telle que la malade ne peut plus vaquer à ses occupations.

Examen. — Utérus en rétroversion très marquée, peu mobile. Les culs-de-sacs sont souples, le gauche est un peu douloureux.

Opération (le 8 novembre). — Incision médiane. L'utérus est complètement renversé dans le Douglas, sa face postérieure adhérente au vagin. On s'aperçoit aussi que l'ovaire gauche est le siège d'un kyste du volume d'une

mandarine. Les trompes sont obturées et l'ovaire droit scléro-kystique. On se décide à l'hystérectomie subtotale, après avoir ramené l'utérus dans sa position normale. A ce moment le kyste éclate. Drainage, suture avec crins.

Suites opératoires. — 8 jours après l'opération, la malade a une hémorragie cervicale et des pertes blanches. On lui fait une cautérisation le 7 décembre. Tout rentre bientôt dans l'ordre et la malade sort guérie.

Obs. XLVI. (Pyosalpinx énorme. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison). — Mme P..., 25 ans, entre le 30 mai 1907, pour douleurs lombo-pelviennes, pertes rouges et blanches.

Antécédents personnels. — Histoire de la maladie. — Réglée à 10 ans 1/2 sans douleur. Depuis, les règles peu abondantes ne durent que 2 ou 3 jours, mais présentent une grande irrégularité dans leur apparition. En effet, la malade est restée jusqu'à 6 mois sans voir d'écoulement menstruel. Dès cette époque, des pertes blanches sont apparues. Mariée à 16 ans. Les règles se régularisent mais restent peu abondantes et de courte durée.

Premier accouchement en 1899, à 8 mois de grossesse ; suites normales ; se lève au 10e jour. Deuxième accouchement en 1902. Suites normales, se lève au 10e jour. Pendant ces deux grossesses, albuminurie qui disparaît après l'accouchement. Troisième accouchement en 1905. Suites normales. L'albuminurie reparaît pendant la grossesse et se maintient après l'accouchement. Quatrième accouchement en 1906 ; présentation du siège ; accouchement difficile ; la manœuvre de Mauriceau est pratiquée ; le fœtus meurt. Suites normales. Un mois après ce dernier accouchement, métrorragie légère, mais continue, qui dure un mois, malgré une médication vaso-

constrictive. Vingt jours après l'arrêt de cette hémorragie les règles réapparaissent et durent 8 jours ; elles reviennent régulièrement tous les mois jusqu'en décembre. A cette époque, métrorragie de 12 jours.

En septembre 1906, après un trajet en chemin de fer, la malade avait ressenti de très vives douleurs abdominales ; s'étant alitée elle vit disparaître les douleurs au bout de 48 heures, mais il lui resta une grande faiblesse persistante ; pas de vomissements. En janvier et février 1907, nouvelle exagération des règles. En mars, curettage ; à la suite de cette intervention, les règles ne durent plus que 10 jours. En mai, apparition d'une douleur violente dans le bas-ventre, précédant de 48 heures le flux menstruel.

A l'arrivée de la malade à l'hôpital, les douleurs continues avec exacerbation matinale siègent surtout vers le sacrum. Pas d'hémorragie entre les règles qui sont normales. Pertes intermenstruelles blanches et inodores. La malade est très pâle, les gencives et les conjonctives décolorées. C'est une nerveuse qui raconte son histoire avec volubilité mais grande intelligence.

Examen. — Vagin normal. Col utérin dans l'axe ; la lèvre antérieure a une consistance fibromateuse. Le fond de l'utérus n'est pas perceptible au palper abdominal ; mais le doigt introduit dans le cul-de-sac postérieur le sent nettement en rétroflexion à 90° environ. Le doigt perçoit aussi, bombant dans le cul-de-sac postérieur, collée contre le fond de l'utérus dont aucun sillon ne la sépare, une tumeur sphéroïde, rénitente et douloureuse à la pression. Le cul-de-sac antérieur et les culs-de-sac latéraux sont libres. L'hystéromètre ne peut être introduit à plus de 4 à 5 centimètres.

Opération. — Le 29 juin 1907, le professeur de Rou-

ville pratique une laparotomie. On trouve l'utérus en rétroflexion ; deux énormes trompes plongent dans le Douglas ; la gauche surtout présente un volume exceptionnel. Adhérences faciles à détacher. On commence par isoler les annexes droites ; mais, au moment où elles vont être libérées, la trompe se crève et laisse écouler sur les compresses une assez grande quantité de pus vert clair contenant en suspension des grumeaux. On vide cette trompe et on l'enlève facilement après avoir pincé le pédicule annexiel au ras de l'utérus. On essaie ensuite, mais en vain, de libérer les annexes gauches. La trompe énorme plonge profondément dans le Douglas, et on ne peut en atteindre avec les doigts la partie déclive. L'utérus en rétroflexion est très gênant. Aussi se décide-t-on à l'enlever par le procédé de Kelly (hystérectomie subtotale) ; et dès lors les annexes gauches sont facilement enlevées de dedans en dehors et de bas en haut. Bien que très tendue, la trompe ne se crève pas. Hémostase. Péritonisation parfaite. Un drain en caoutchouc est laissé dans le Douglas.

Suites opératoires. — Parfaites. Température toujours au-dessous de 37°. La malade sort absolument guérie le 25 juillet 1907.

Obs. XLVII (Métro-salpingo-ovarite double chez une ancienne hystéropexiée. Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison). —Mme D..., 31 ans, entre le 2 juin 1907, pour douleurs abdominales, pertes rouges et blanches.

Antécédents personnels. — *Histoire de la maladie.* — Réglée à 10 ans ; les règles très régulières, sans caillots, durent 4 à 5 jours. Mariée à 15 ans 1/2. Dix mois après, premier accouchement normal. Une seconde grossesse, *trigémellaire,* survient, qui donne lieu à un accouchement

très pénible (les trois jumeaux ne survivent que 48 heures). Depuis cette époque, pertes blanches et douleurs abdominales. Six autres grossesses surviennent ; les accouchements sont normaux, mais les grossesses douloureuses. Il y a deux ans, les douleurs augmentent d'intensité. M. Tédenat pratique une hystéropexie abdominale (procédé Doléris-Richelot). Mais, 15 jours après, les douleurs et les pertes blanches reparaissent. Elle reste dans cet état pendant deux ans ; aucune amélioration ne se produisant, la malade va consulter pour ses hémorragies et ses douleurs le docteur Reynès, qui la fait entrer dans le service.

Examen. — Ventre dur et d'exploration difficile. L'utérus est très fortement fixé à la paroi, à tel point que cette dernière suit les mouvements imprimés au col. Le col est normal ; le corps utérin gros remonte à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse. Les culs-de-sac sont libres, sauf l'antérieur, dans lequel on sent l'utérus fixé en avant.

Intervention. — Le 15 juin, hystérectomie abdominale. Incision parallèle à celle faite par M. Tédenat. Après la peau, la paroi dont les différents plans sont fusionnés est incisée en un temps jusqu'au péritoine. La vessie est repérée par une sonde, et on arrive à l'isoler en sculptant aux ciseaux la paroi antérieure de l'utérus très adhérente au péritoine. Ablation de l'utérus et des annexes en un bloc (hystérectomie subtotale). Péritonisation parfaite après résection d'une grosse masse épiploïque adhérente à la paroi au-dessus de l'utérus. Sutures sans drainage.

Suites opératoires. — Guérison sans incident. Sort le 3 juillet 1907.

Examen des pièces. — Utérus volumineux à parois très hypertrophiées. Trompes très longues et renflées en chapelet ; leur cathétérisme au niveau du pavillon montre

leur oblitération au tiers interne. Ovaires volumineux, scléro-kystiques.

Obs. XLVIII (Salpingo-ovarite double *post abortum*. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison). — Louise C..., 22 ans, entre salle Fuster, le 31 juillet 1907.

Antécédents personnels. — *Histoire de la maladie*. — Réglée à 13 ans normalement et sans douleur jusqu'à son mariage, qui a eu lieu il y a un an. Deux mois plus tard, fausse couche de deux mois. A partir de cette époque, douleurs bilatérales dans les fosses iliaques ; ces douleurs sont exacerbées par la fatigue. Les règles sont très abondantes, avec de nombreux caillots, et durent 8 jours. Pertes blanches très abondantes. En juin 1906, elle est entrée à la clinique pour y subir un curettage qui n'a entraîné aucune amélioration.

Examen. — On sent l'utérus gros fixé en antéflexion. Rien dans le cul-de-sac droit ; mais dans le cul-de-sac gauche on perçoit une masse douloureuse du volume d'un œuf de pigeon.

Intervention. — Le 9 août 1907, sous l'anesthésie au chloroforme, incision médiane du pubis à l'ombilic. Dès que le péritoine est incisé, on aperçoit le fond de l'utérus auquel adhèrent des franges épiploïques et des anses intestinales. Ces adhérences sont détachées, les plus volumineuses après ligature ; on arrive ainsi dans le Douglas ; les annexes sont très solidement fixées en arrière de l'utérus et sur les bords de l'excavation pelvienne. En allant de bas en haut on parvient à isoler les annexes gauches. On place alors deux pinces au niveau de la corne utérine droite et on enlève d'un bloc utérus et annexes gauches (hystérectomie subtotale).

Dans un 2e temps on libère, non sans grandes difficultés,

les annexes droites et on place une pince sur le ligament lombo-ovarien. L'hémostase est faite ; on place un drain à travers le cul-de-sac postérieur du vagin abaissé. On fait la péritonisation par suture du péritoine vésical à l'S iliaque abaissée. Drainage abdominal et suture de la paroi sur plusieurs plans. L'opération a duré une heure 3/4.

Suites opératoires. — Les suites sont bonnes ; le 6 septembre la plaie est complètement cicatrisée et la malade se lève. Elle sort le 17 septembre en excellent état.

Examen des pièces. — Les annexes encerclées d'adhérences forment une masse dans laquelle on arrive à reconnaître les trompes hypertrophiées, sinueuses, non kystiques (salpingite parenchymateuse) et les ovaires présentant des lésions d'ovarite scléro-kystique infectieuse. L'utérus est de grosseur normale.

Les lésions sont beaucoup plus considérables que ne le faisait prévoir l'examen physique. On ne sentait pas de masse annexielle à droite parce que ces annexes prolabées dans le Douglas faisaient corps intime avec l'utérus qui paraissait, de ce fait, très augmenté de volume.

Obs. XLIX (Métro-salpingo-ovarite double (origine bacillaire ?). — Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison). — Mme V..., 36 ans, entre le 30 septembre 1907, pour douleurs lombaires et pertes blanches.

Antécédents personnels. — Histoire de la maladie. — A eu la fièvre scarlatine à 8 ans et les fièvres paludéennes. Anémie jusqu'à son mariage. Réglée à 18 ans. Après sa première menstruation, six mois d'aménorrée. Puis les règles reviennent, se régularisent ; elles durent 8 jours, sont très abondantes, avec caillots ; elles sont douloureuses, accompagnées de nausées, de vomissements, de céphalée ; elles obligent souvent la malade à garder le lit. A

l'âge de 19 ans, à la suite d'une frayeur, les règles s'arrêtent neuf mois. Au même moment, la malade est atteinte de bronchite avec toux quinteuse, crachats striés de sang, hémoptysies. Depuis lors, la malade tousse toujours, s'enrhume très facilement et a de temps en temps des crachats sanguinolents. A l'âge de 20 ans, les règles se rétablissent, souvent précédées de douleurs pendant 5 ou 6 jours. Mariée à 24 ans (1895). Un an après, grossesse normale, suivie d'un accouchement assez long ; la femme se lève au bout de 3 jours. L'enfant meurt à 4 mois. Les règles reparaissent 5 mois après l'accouchement, mais une seule fois, car la malade redevient enceinte. Bonne grossesse et accouchement normal en 1897 ; bonnes suites de couches. La menstruation se rétablit bien. L'enfant meurt à 15 mois de méningite. En 1899, troisième grossesse s'accompagnant de faiblesse générale et d'anorexie ; accouchement normal. Retour normal des règles. L'enfant meurt tuberculeux à 5 ans 1/2. En 1902, avortement de 3 mois, suivi de fièvre ; la malade garde le lit 2 mois ; les règles se rétablissent bien mais sont moins abondantes.

Depuis cette époque, la malade ressent des douleurs pelviennes lombaires irradiées dans la région épigastrique ; elles ne sont pas continues, mais présentent une exacerbation vespérale, après la fatigue de la journée. Ces douleurs sont plus vives au moment des règles et présentent leur maximum d'intensité à droite. Depuis l'établissement des règles, le malade a des pertes blanches continues et plus abondantes depuis 1905 ; elles sont jaunâtres, tachent et empèsent le linge.

Examen. — Vagin normal ; col gros ; la lèvre antérieure est très épaissie, la postérieure mince. Le col mou, œdématié, laisse pénétrer le doigt. Utérus gros assez mobile, à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. Dans le cul-

de-sac postérieur et à droite on perçoit l'ovaire prolabé ; la trompe droite est hypertrophiée et douloureuse à la pression ; on sent également la trompe gauche en place mais douloureuse. L'utérus est légèrement douloureux à la mobilisation.

Le 23 octobre, les règles apparaissent avec 5 jours de retard ; elles sont douloureuses au début et durent jusqu'au 27 octobre.

Opération. — Le 2 novembre 1907, le professeur de Rouville pratique l'hystérectomie abdominale subtotale.

Suites opératoires. — Elles sont parfaites. Trois semaines après l'opération la malade quitte le service complètement guérie. Revue le 11 mars 1908, elle est en parfait état.

Obs. L (Salpingo-ovarite. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison). — Augustine C..., 21 ans, entre le 5 octobre 1907 pour douleurs abdominales violentes et pertes blanches.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Mère opérée il y a 11 ans d'un kyste de l'ovaire qui pesait 15 livres.

Antécédents personnels. — Histoire de la maladie. — Réglée à 14 ans, très irrégulièrement (tous les 15 jours parfois). Pertes rosées au début ; pas de pertes blanches intermenstruelles. Les règles étaient très douloureuses, au point que la malade allait jusqu'à « se rouler par terre ». Soignée à cette époque pour chloro-anémie. Il y a un an, pertes blanches peu abondantes, tachant le linge. En même temps, apparition de violentes douleurs abdominales siégeant principalement au niveau de la fosse iliaque droite, mais s'irradiant dans tout le ventre. Ces douleurs présentent des crises paroxystiques d'une durée de 2

heures environ. La malade entre dans le service de gynécologie annexé à la Maternité, et y resta 67 jours couchée; elle est traitée par des injections chaudes et la columnisation. Sortie guérie, elle passe 9 mois sans éprouver de nouveaux troubles. Au milieu de septembre, elle recommence à souffrir du côté gauche, reste 15 jours chez elle et entre à l'hôpital dans le service du professeur de Rouville.

Examen. — Ventre très souple. Douleurs dans la fosse iliaque gauche. Le col de l'utérus présente un orifice punctiforme ; il regarde du côté du sacrum.

Dans le cul-de-sac latéral gauche on sent une masse volumineuse sans qu'il soit possible d'affirmer si c'est le corps de l'utérus augmenté de volume et déjeté à gauche de la ligne médiane, ou un paquet d'adhérences périannexielles. Le diagnostic d'annexite gauche est porté et la malade est traitée par des injections chaudes en attendant l'intervention.

Opération. — Le 12 novembre le professeur de Rouville pratique une laparotomie médiane. Les annexes présentent de nombreuses adhérences et on se trouve en présence d'un foyer de pelvi-péritonite. L'hystérectomie subtotale est pratiquée. On laisse un drain.

Suites opératoires. — Le 13 novembre, pas de température ; pouls à 75.

Le 30 novembre, légère suppuration au niveau du drain; eau oxygénée, teinture d'iode.

Le 2 décembre, pansement ; légère suppuration au niveau du drain ; cautérisation.

Le 12 décembre, la malade sort guérie.

La malade a été revue en mars 1907 et a déclaré être absolument guérie.

Obs. LI (Annexite double. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison). — M. P..., 30 ans, entre le 26 octobre 1907, pour pertes blanches et douleurs au bas-ventre, avec irradiations vers les lombes et les cuisses.

Antécédents personnels. — Histoire de la maladie. — Réglée à 13 ans régulièrement, sans douleurs ; durée des règles : 3 jours environ. A 16 ans la malade est atteinte de chlorose ; les règles s'interrompent pour se rétablir normalement au bout de six mois. Mariée à 19 ans. Devient enceinte peu après. Grossesse douloureuse, avec vomissements fréquents, anorexie absolue, amaigrissement de 10 kilogr. Accouchement normal, suivi d'une fièvre légère, qui dure 10 jours mais n'empêche pas la malade de vaquer à ses occupations après quatre jours de lit. Les règles se rétablissent 7 mois après. En 1902, dans l'espace de 6 mois, trois avortements d'un mois environ. La malade ne se soigne pas sérieusement, ne garde pas le lit un seul jour. En 1903, nouvelle grossesse ; à la fin du deuxième mois, perte abondante d'un liquide clair. La malade garde deux mois le lit, porte une ceinture et se repose complètement jusqu'à la date de l'accouchement, qui a lieu à terme et normalement ; huit jours de lit ; pas de fièvre. Retour des règles un mois après. Depuis ce moment les règles sont devenues irrégulières, avançant de 8 jours au moins chaque fois. Le dernier accouchement a été suivi de pertes blanches, qui ont duré trois ans et ont cédé à un traitement approprié.

Depuis le premier accouchement, douleurs abdominales très légères, mais qui ont augmenté d'intensité à la suite des trois avortements mentionnés. Actuellement, ces douleurs sont très vives, localisées surtout au côté droit, avec irradiation vers les lombes et vers les cuisses. Elles apparaissent sans cause déterminée, durent un quart d'heure et

disparaissent. Elles sont accrues par la fatigue. Dyspnée d'effort. Depuis six mois, la malade présente des crises hystériformes : striction du pharynx, sensation de boule mobile, pertes de connaissance.

Examen. — Vagin très profond. Les culs-de-sac sont assez libres ; dans le droit, on sent la trompe augmentée de volume et douloureuse. Col gros, lèvre antérieure très épaisse ; saigne facilement. Ulcération autour de l'orifice du museau de tanche. Utérus en place, peu mobile, douloureux à la mobilisation. On ne perçoit pas de grosse masse autour de lui. Longueur de l'utérus : 7 centimètres.

Opération. — Le 6 novembre, le professeur de Rouville pratique l'hystérectomie subtotale. Le tissu utérin est scléreux ; le bistouri l'entame avec peine. Une hémorragie en nappe assez difficile à arrêter se produit au niveau de l'angle gauche du moignon utérin. Le thermocautère ne fonctionnant pas, un petit tampon imbibé de phénosalyl et placé au bout d'une pince de Kocher est enfoncé à deux reprises dans la cavité cervicale.

Péritonisation parfaite malgré la grande fragilité du col et du péritoine. A signaler l'issue dans le petit bassin à travers le canal cervical d'une partie de l'injection vaginale ; c'est la deuxième fois que cet incident se produit sans suites fâcheuses.

Examen des pièces. — L'ovaire droit renferme de nombreux kystes séreux, un kyste hématique gros comme une groseille et un énorme corps jaune. L'ovaire gauche est scléro-kystique. Les trompes sont congestionnées et flexueuses ; les pavillons sont sains. L'utérus est hypertrophié, ses parois sont épaissies ; la muqueuse est fongueuse.

Suites opératoires. — Sort guérie le 1er décembre 1907. Revue depuis : va très bien.

Obs. LII (Annexite double. — Pelvi-péritonite. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison). — Laurence L....., 25 ans, entre le 14 mai 1908, pour douleurs abdominales et pertes blanches.

Antécédents. — Réglée à 14 ans, les règles durent 4 jours sans douleurs ; pas de pertes blanches. Trois enfants ; accouchements et grossesses normaux ; pendant ces grossesses seulement des pertes blanches. Pas de fausses couches. Depuis 1 an, où elle a eu une forte émotion, la malade a souffert. Elle a eu à ce moment une métrorragie très abondante. Hémoptysies. Depuis, crises d'aménorrée suivies de ménorragies et de métrorragies. Douleurs dans les fosses iliaques, dans les reins, le périnée, les fesses. Pertes blanches assez abondantes.

Examen. — A la palpation, rien de saillant. Au toucher, gros col déchiré transversalement, assez mobile. Utérus en antéversion. Dans les culs-de-sac, toucher douloureux aussi bien à gauche qu'à droite. Des deux côtés, annexes sensibles mais peu volumineuses.

Opération (le 7 juin 1908). — Anesthésie au chloroforme laborieuse. Incision de la paroi. Bonne musculature. A l'ouverture de la cavité péritonéale on trouve dans le cul-de-sac vésico-utérin quelques centimètres cubes de liquide ascitique jaunâtre et clair. Adhérences épiploïques au fond de l'utérus. Utérus volumineux. Annexite à droite et à gauche avec adhérences et lésions de paramétrite. Pelvi-péritonite avec nombreuses cavités renfermant liquide. Ablation des annexes et de l'utérus après décollement des adhérences. Hystérectomie subtotale.

Suites opératoires. — Excellentes. Pas d'incident.

Obs. LIII (Salpingo-ovarite double scléro-kystique. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison). —

Jeanne C..., 38 ans, entre le 4 juin 1908 pour douleurs dans les fosses iliaques surtout du côté gauche.

Antécédents. — Réglée à 12 ans. Mariée à 17 ans. 6 enfants. 1 fausse couche. 5 premiers accouchements normaux. Après le 5e survenu il y a 6 ans, elle a subi un curettage pour métrorragies. Après cela elle a souffert du ventre dans l'hypogastre et les fosses iliaques. Leucorrée. Il y a 3 ans 1/2 a eu un 6e accouchement avec une mauvaise présentation. Pendant les suites de couches la malade souffre beaucoup du ventre. Règles revenues un an après sous la forme de ménorragies, durant 10 à 12 jours et chaque mois en avance. Syncopes fréquentes.

Examen. — Ballonnement considérable du ventre douloureux. Col déchiré avec bouchon muco-purulent de métrite ; l'utérus en antéflexion remonte haut. Le cul-de-sac droit paraît souple, le gauche est très douloureux. Sensation d'une masse annexielle. On pose le diagnostic d'annexite avec lésions paramétritiques.

La malade est mise au repos. Compresses humides sur le ventre. Injections et lavements. Cacodylate de soude. La malade a plusieurs syncopes dans le service. Le ventre diminue peu à peu et, quand on juge les lésions refroidies et la malade susceptible de supporter le choc, on pratique une intervention.

Opération (le 15 juin). — Laparotomie. Incision de la paroi. Bonne musculature. Utérus normal. A droite, l'ovaire est du volume d'une petite noix et présente un kyste hématique d'un corps jaune et des petits kystes folliculaires; la trompe est turgescente et hyperémiée. Ablation. A gauche, petit ovaire scléro-kystique. Ignipuncture. On termine par une ablation subtotale de l'utérus.

Suites opératoires. — Bonnes.

Obs. LIV (Salpingo-ovarite micro-kystique. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison). — Marie B..., 26 ans, entre le 31 août 1908 pour pertes rouges et douleurs abdominales.

Antécédents personnels. — Histoire de la maladie. — Les règles ont toujours été plutôt avancées, très abondantes, durant 7 à 8 jours, très douloureuses, avec caillots obligeant la malade à garder le lit. A 15 ans 1/2, péritonite. A 17 ans, fluxion de poitrine. Mariée à 18 ans ; accouchement normal 9 mois après. 21 jours après l'accouchement est survenue une métrite qui a été soignée pendant 6 mois. Aussitôt après, fièvre typhoïde compliquée d'hémorragie intestinale. La malade semble être hémophile ; épistaxis fréquentes.

Le 5 août dernier, elle aurait eu une indigestion (intoxication par les huîtres), et 12 jours après une métrorragie qui dura 3 jours. Depuis lors, les pertes rouges, tout en diminuant d'intensité, n'ont pas cessé. Quelques pertes blanches. La malade se plaint de violentes douleurs du type annexiel.

Examen. — Col légèrement hypertrophié, largement fendu dans le sens transversal, ouvert, regardant dans l'axe du vagin. L'utérus est mobile et en légère rétroversion ; on sent le fond de l'organe vers le haut du promontoire. Dans le cul-de-sac gauche on sent une masse adhérente à l'utérus dont elle est séparée par un sillon. Cette masse est dure, légèrement douloureuse à la pression et du volume d'un petit œuf de poule. Cul-de-sac postérieur libre. Le cul-de-sac droit présente des lésions analogues à celles du gauche, mais plus douloureuses. Ces douleurs, qui étaient très intenses au moment de l'entrée de la malade, s'atténuent beaucoup au bout de quelques jours et l'examen devient plus aisé. Il est à noter que dans la fosse

iliaque droite la pression détermine une douleur nettement localisée au point de Mac Burney et qu'on sent rouler un cordon qui semble être l'appendice. Cavité utérine fongueuse, très saignante. Hystérométrie : 8 centimètres. Le 25 septembre un curettage est pratiqué ; pas de réaction péritonéale. La malade se lève le 8 octobre. Les douleurs reparaissent. Une menstruation survient, très douloureuse, et dure 3 jours.

Opération. — Le 10 octobre, une laparotomie sous-ombilicale est pratiquée. Hémorragie très abondante dès l'incision pariétale. Les annexes sont trouvées adhérentes dans le Douglas ; les ovaires sont micro-kystiques. Hystérectomie subtotale. Double surjet pour la péritonisation. Hémostase très rigoureuse. Surjet pariéto-abdominal. Crins.

Examen des pièces. — Salpingo-ovarite micro-kystique double. Adhérences. Trompes perméables.

Suites opératoires. — Excellentes. Quelques vomissements les 3 premiers jours. Les douleurs ont complètement disparu.

Obs. LV (Kyste de l'ovaire. — Hystérectomie abdominal subtotale. — Guérison). — Gabrielle B..., 42 ans, entre le 17 septembre 1908 pour pollakyurie et dysurie et douleurs dans le bas-ventre.

Examen. — Inspection de la région abdominale : Tuméfaction allant du flanc droit à la ligne médiane, la débordant à gauche, visible à jour frisant, n'atteignant pas l'ombilic.

Palpation : Tumeur dure, non douloureuse, non fluctuante.

Percussion : Matité au niveau de la tumeur, pas d'ascite dans les flancs.

Toucher : Col refoulé en haut, derrière le pubis et à gauche. Antéversion. Cul-de-sac antérieur libre, profond. Culs-de-sac latéraux non douloureux. Cul-de-sac latéral droit ; il est impossible de percevoir un cordon ou noyau annexiel. Cul-de-sac latéral gauche ; la main abdominale perçoit haut située une tuméfaction du volume d'un œuf de pigeon. Cul-de-sac postérieur : tuméfaction dure, en croissant, débordant les culs-de-sac latéraux et ne paraissant pas séparée de l'utérus par un sillon. Les mouvements imprimés à la tumeur abdominale mobilisent le col et simultanément la tumeur du Douglas ; cette dernière ne paraît ni rénitente, ni fluctuante. Toucher intracervical : lumière du col ovoïde. Ecoulement d'une sérosité rougeâtre (métrite symptomatique).

Un nodule fibreux du volume d'une noisette a été trouvé dans le corps à l'examen des pièces.

Examen général : Légère arythmie cardiaque. Diminution du murmure vésiculaire et frottements à la base gauche. Douleur provoquée et spontanée dans la région des deux lombes. Les reins ne sont pas perceptibles au ballottement.

Analyse des urines : 14 gr. d'urée. Traces d'albumine.

Opération (21 septembre 1908). — Laparotomie sous-ombilicale. On voit, aussitôt le péritoine ouvert, un kyste inclus dans le ligament large droit, développé surtout dans la partie postérieure, adhérent à l'utérus qu'il repousse en avant. Les annexes gauches, du volume d'un œuf, sont également kystiques.

Incision du péritoine sur le gros kyste droit, suivie d'énucléation ; la poche du kyste est adhérente au péritoine et s'en laisse assez difficilement séparer. On parvient cependant à l'enlever sans provoquer d'hémorragie notable. Ablation des annexes gauches ; ces deux interventions lais-

sent une surface cruentée, dont la péritonisation serait difficile. Aussi se décide-t-on à enlever également l'utérus rendu inutile par l'ablation des deux ovaires kystiques. Hystérectomie subtotale. Drainage vaginal (un drain en caoutchouc, deux mèches de gaze).

Examen des pièces. — Les lésions du côté gauche ne sont que le stade de début des lésions du côté droit ; elles sont constituées par un kyste d'origine ovarique inclus dans le ligament large, les restes de l'ovaire étant d'ailleurs plutôt devinés que reconnus. Tumeur intéressante à plusieurs égards : 1° Sédation relative de la dysurie et des douleurs à la suite de l'ascension du kyste depuis quelques semaines ; 2° Formation aux dépens des annexes droites d'un kyste prédominant à gauche et non fluctuant ; 3° Erreur clinique facile avec fibrome, étant donnée l'intégrité apparente du cul-de-sac latéral gauche (hystérométrie n'a pas été pratiquée).

Suites opératoires. — Normales. La malade sort le 28 octobre. Guérie.

Obs. LVII (Métro-salpingo-ovarite. — Hystérectomie abdominale subtotale). — Jeanne M..., 25 ans, entre le 18 octobre 1908 pour pertes blanches et douleurs abdominales.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans. Règles irrégulières au début. Forte anémie à 17 ans. Aménorrée de 6 mois, puis règles régulières. La malade perd pendant 3 jours avec caillots et douleurs modérées. Mariée à 23 ans. Accouchement 2 ans après, suivi de règles abondantes. Fièvre typhoïde en mars 1908.

Examen. — Douleurs abdominales du type annexiel. Insomnies, vertiges. Palpation : ventre très souple, douleurs au niveau des fosses iliaques surtout à droite — et au niveau du point de Mac Burney. — Toucher : vulve, vagin,

périnée normaux, col gros, déchirures bilatérales, œufs de Naboth. L'orifice du col regarde un peu en arrière. Cul-de-sac postérieur vide non douloureux ; cul-de-sac droit ; on perçoit la trompe qui roule sous le doigt ; douleur. Cul-de-sac gauche : annexes plus volumineuses, mains moins douloureuses. Cul-de-sac antérieur : on sent le corps assez douloureux à la mobilisation, en antéflexion. Valves : col gros, saignant, congestionné. Leucorrhée du type cervical. Ulcérations sur la lèvre postérieure. Hystérométrie : 9 cm. 1/2.

Crises très douloureuses de pelvi-péritonite. Vomissements. Tympanisme. Hyperesthésie de la paroi surtout marquée à droite. La première crise a commencé le 25 octobre et a duré 4 jours. Deuxième crise le 7 novembre. Le 11, les crises ont disparu. Température très élevée : 40°. On purge la malade. Brusque descente de la température. Le 13, reprise de la température, nouvelle purgation.

On pratique un nouveau toucher vaginal. A travers le Douglas et remontant assez haut, on sent des masses salpingiennes surtout du côté gauche. L'utérus est assez facilement mobilisable. A droite, la trompe ne roule plus sous le doigt. Expectative ; glace sur le ventre. Piqûres de cacodylate de soude. L'état de la malade empirant, on pratique le 22 novembre une colpotomie postérieure. Pas de pus, mais des adhérences très nombreuses. Large drainage. La température, à 39° le soir, oscille ensuite aux environs de 36°5.

Opération (le 5 janvier 1909). — Hystérectomie subtotale. Adhérences nombreuses entre les annexes gauches et l'intestin. Adhérences détachées facilement à la main. Ablation de la trompe et de l'ovaire gauche. A droite quelques adhérences ; annexes enlevées en même temps que l'utérus. Péritonisation avec le rectum sur la ligne médiane.

Examen des pièces. — Annexes gauches avec kyste à lo-

ges multiples du volume d'une orange ; salpingite parenchymateuse. Du côté droit, ovarite scléro-kystique et salpingite.

Utérus peu augmenté de volume, à parois friables ; muqueusement fongueuse.

Suites opératoires. — Le 14 janvier, ablation des fils. La malade sort guérie le 31 janvier.

Obs. LVIII (Métro-salpingo-ovarite. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison). — Mme M..., 28 ans, entre le 3 décembre 1908 pour douleurs abdominales.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans ; pertes régulières, peu abondantes, sans caillots, durant 3 jours avec avance de 2 à 3 jours. Dysménorrée légère, pertes blanches continuelles, très abondantes. Mariée à 20 ans. Premier accouchement (15 mois après), facile, suivi de fièvre et précédé de vomissements. La malade reste alitée un mois. 15 mois après deuxième accouchement normal. Trois autres accouchements normaux. Il y a un an, douleurs dans le bas-ventre. Ces douleurs se sont accrues depuis le 3 novembre dernier. Prédominance dans l'hypocondre gauche.

Examen. — Ventre normal, vergetures, douleurs à la palpation forte dans les régions annexielles surtout à gauche. A la percussion : matité dans la région sous-ombilicale. Sonorité normale dans la région abdominale médiane. Submatité dans la fosse iliaque droite due sans doute à des matières fécales. Au toucher : pertes blanches abondantes, périnée solide sans déchirure, col déchiré, œufs de Naboth assez nombreux, utérus en antéversion remontant jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne. Cul-de-sac postérieur : masse douloureuse qui vient de la chute des annexes volumineuses tombées dans le Douglas. Cul-de-sac gauche : masses annexielles en

place. Cul-de-sac droit : masses annexielles prolabées dans le Douglas et refoulant l'utérus en avant.

Opération (le 10 décembre). — Laparotomie. L'utérus apparaît globuleux, moyen, à sa place normale. Le fond est fixé dans la cavité pelvienne et ne peut remonter. En effet, les annexes sont invisibles et plongent dans le Douglas. Libération du Douglas. Décollement de bas en haut, de dedans en dehors, des annexes droites. Nombreuses adhérences. Pinces sur les ligaments infundibulo-pelvien et rond droits. La libération des annexes gauches est très pénible à cause des adhérences de ces annexes au fond du Douglas. Pendant cette libération, les doigts ouvrent un abcès péritubaire situé au fond du Douglas. On arrive à libérer ces annexes. Pinces sur les ligaments gauches. Décollement de la vessie. On aperçoit alors l'utérine gauche que l'on pince et que l'on coupe ; de même pour la droite. Section des ligaments larges au-dessous des pinces des deux côtés. Section transversale du col au-dessus des culs-de-sac vaginaux. Cautérisation au thermocautère du moignon cervical, suture, surjet au catgut de ce moignon. Péritonisation à droite par réunion du feuillet des ligaments larges. Péritonisation vésico-rectale. Ligature. On reconstitue le ligament large gauche. Fermeture de la paroi sans drainage.

Examen des pièces. — L'utérus est de moyen volume, très dur ; à la coupe, sur sa face antérieure, ses parois apparaissent très épaisses, doublées de volume. La muqueuse utérine apparaît épaissie, fongueuse et recouverte d'une couche purulente. Les annexes gauches très vasculasrisées sont légèrement augmentées de volume dans leur partie externe. L'ovaire est doublé de volume, scléro-kystique et renferme un kyste hématique du volume d'une grosse noisette, de très nombreux corps jaunes et un autre

kyste petit comme un pois. A noter, à droite, une adhérence péritonéale réunissant la trompe au fond de l'utérus. A gauche, la trompe et l'ovaire ne forment qu'une masse du volume d'un gros œuf enveloppé par des adhérences. On arrive difficilement à distinguer l'ovaire de la trompe. Cependant on trouve la trompe du volume d'un index sur la partie postérieure de l'ovaire qu'elle enlace dans sa concavité antérieure. On fend la trompe. Elle est fongueuse. La muqueuse est épaissie jusqu'à sa moitié interne, intimement adhérente à l'ovaire. Elle renferme un liquide brunâtre. L'ovaire est gros comme une prune, scléro-kystique et renferme un kyste hématique, un corps jaune gros comme un gros pois et un kyste hématique folliculaire du volume d'une amande.

Suites opératoires. — Excellentes. La malade sort guérie le 14 janvier.

Obs. LIX (Métrite cervicale. — Salpingo-ovarite double. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison). — Eugénie F..., 25 ans, entre le 19 janvier 1909 pour douleurs au bas-ventre et incontinence d'urine.

Examen. —Ventre douloureux à la pression, surtout dans les deux fosses iliaques. Contracture de défense. Toucher : le col regarde en arrière et à gauche. Le fond utérin est en avant et à droite. Les culs-de-sac latéraux sont douloureux. Dans le cul-de-sac droit, petite masse du volume d'une noix. Examen aux valves : ulcération autour de l'orifice du col. Glaires visqueuses. Col un peu volumineux.

Opération (le 10 février 1909). — Paroi très vasculaire. Liquide jaune louche dans les culs-de-sac du bassin. Nombreuses adhérences au niveau des annexes, surtout du côté gauche, où elles fixent les annexes appliquées sur la face

postérieure de l'utérus. Hystérectomie subtotale. Surjet de péritonisation. Pas de drain.

Examen des pièces. — Utérus du volume à peu près normal. Trompe augmentée de consistance et de volume, flexueuse, coudée. Extrémité abdominale perméable ; dans la portion extra-utérine de la trompe droite, petit noyau fibromateux. Ovaires augmentés de volume. Leur surface est couverte d'adhérences, surtout à gauche. Ils sont bourrés de kystes séreux et hématiques.

Suites opératoires. — Bonnes.

Alors que l'état général restait bon, que le ventre demeurait souple et la température peu élevée, le pouls a présenté les 3 premiers jours une grande accélération au-dessus de 140. Parfois même il a été incomptable, puis le nombre de pulsations est redevenu normal.

19 février 1909. — Ablation des fils.

Le 7 mars. — Sort guérie.

Obs. LX (Salpingite bilatérale. — Ovarite scléro-kystique droite. — Kyste de l'ovaire gauche. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison). — A... B..., 33 ans, entre le 20 février 1909 pour pertes rouges abondantes.

Antécédents héréditaires. — Père et mère en bonne santé ; un frère en bonne santé. La sœur aînée, 35 ans, mariée, a eu un accouchement prématuré de 6 mois 1/2 et deux enfants à terme. Depuis deux ans environ elle a des hémorragies et a subi un curettage ; mais elle a encore des ménorragies et des métrorragies.

Antécédents personnels. — *Histoire de la maladie.* — Fièvre typhoïde à 10 ans. Depuis l'âge de 23 ans, crises de larmes, sensation de boule remontant des fosses iliaques à la gorge ; vomissements alimentaires. Pas de véritables crises hystériformes. Réglée à 17 ans régulièrement.

Après la première menstruation, aménorrée pendant un an. Depuis, les règles avancent toujours de 5 à 6 jours, sont abondantes, avec caillots. La malade se plaint constamment des reins depuis l'âge de 10 ans ; ces douleurs ne sont pas plus marquées au moment des règles. Mariée à 20 ans ; pas d'enfant ; une fausse couche de 2 mois à 24 ans. Pertes blanches depuis le mariage.

Depuis un an et demi, les règles, toujours en avance, sont très abondantes, avec beaucoup plus de caillots, et durent 5 à 6 jours. Mais dans les périodes intermenstruelles, une métrorragie persiste, sans arrêt, peu abondante, exagérée par le travail. Un peu d'anémie, mais bon état général. Douleur au niveau des côtes et du thorax au moment des règles. Dyspnée d'effort.

Examen. — Paroi abdominale solide. Au toucher, on sent le col regardant en arrière ; la lèvre antérieure est hypertrophiée et lisse. Le doigt parcourant la face antérieure de l'utérus rencontre, à deux travers de doigt environ au-dessus de l'extrémité du col, une tumeur qui paraît faire corps avec l'utérus sans en être le fond.

Cette tumeur semble implantée dans l'épaisseur de la paroi antérieure de l'organe. Le fond de l'utérus n'est pas perceptible. Les culs-de-sac sont libres. La lèvre antérieure du col est rouge.

Hystérectomie : 8 cm. 1/2.

Le 6 mai 1909, dilatation avec laminaires.

Opération. — Le 16 mars, sous anesthésie au chloroforme, on fait une laparotomie médiane. La malade, qui avait bu du lait le matin, est prise de vomissements répétés ; d'où la longueur de l'anesthésie et la difficulté de l'opération. Adhérences au niveau du cul-de-sac vésico-utérin et du côté des annexes. A droite, trompe oblitérée, ovaire scléreux. A gauche, kyste de l'ovaire du volume

d'une mandarine et trompe enflammée. L'hystérectomie subtotale est pratiquée. Péritonisation difficile. Double surjet de la paroi. Pas de drainage.

Examen des pièces. —Utérus un peu augmenté de volume ; parois époissies et scléreuses ; muqueuse fongueuse.

Annexes droites : Trompe bosselée, sinueuse, hypertrophiée ; ostium abdominale complètement oblitéré. Ovaire scléro-kystique.

Annexes gauches : Mêmes lésions de la trompe. Ovaire scléreux avec volumineux kyste folliculaire.

Suites opératoires. — Bonnes.

La malade fait jusqu'au 19 mars de la rétention d'urine. Le 25 mars, on enlève les fils ; abcès de la paroi qui explique la fièvre (38°9) présentée par l'opérée.

Le 16 avril, douleurs très marquées sur la ligne médiane, au-dessus de l'ombilic, au niveau de la partie supérieure de la suture et dans la fosse iliaque droite. La marche ne peut se faire que le tronc fléchi. Dans le lit, les douleurs sont plus marquées ; la malade ne peut étendre complètement ses jambes. Pas de troubles digestifs.

Le 22 avril; sort guérie.

Obs LXI. (Métro-salpingo-ovarite. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison). — Marie M..., 32 ans, couturière, entre le 23 avril 1909 pour douleurs du côté gauche du ventre et pertes rouges.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 52 ans d'un cancer de l'estomac. Mère atteinte de bronchite chronique et d'asthme. Un frère bacillaire, un frère et une sœur en bonne santé, deux frères morts en bas âge.

Antécédents personnels. — Histoire de la maladie. — Réglée à 15 ans. Règles régulières, assez abondantes, avec une avance de 1 à 2 jours, durant 4 à 5 jours, avec des

caillots ; plus abondantes le premier jour. Douleurs abdominales légères et céphalée durant les 2 jours qui précèdent les règles. Pertes blanches. Coliques fréquentes au niveau du bas-ventre. Anémie à 18 ans. Mariée à 21 ans. Pas d'enfant ni de fausse couche ; jamais de retard menstruel. Les règles avancent de 7 à 8 jours, sont irrégulières, souvent entrecoupées d'arrêt du flux sanguin ; précédées parfois encore de douleurs. Il y a 8 ans, la malade est entrée à la Maternité pour douleurs de ventre et pertes blanches abondantes. Pansements utérins et colpotomie, donnant issue à du pus fétide. La malade est sortie guérie au bout de trois mois. En mars 1908, pertes blanches teintées de rouge pendant un mois dans le courant d'une période intermenstruelle ; cet accident s'est renouvelé il y a un mois. Actuellement, les pertes sont irrégulières, en avance d'une semaine ; interruption, puis reprise de l'écoulement. Quelques petits caillots. Pertes blanches. Cuisson légère à la fin de la miction. La malade se lève deux fois par nuit pour uriner ; les urines sont troubles depuis quelques mois. Depuis la colpotomie, douleurs siégeant au côté gauche du ventre au moment des époques ; ces douleurs ont augmenté depuis 5 ou 6 mois. Elles apparaissent avec la marche, la fatigue, disparaissent avec le repos. Irradiations dans les reins et la cuisse gauche. Parfois, ballonnement du ventre. Nausées fréquentes le soir et le matin. Digestion difficile ; pas de constipation. Dyspnée d'effort. Chevilles enflées le soir. Œdème de la face et des mains plusieurs jours par mois. Toux légère : quelques crachats le matin au réveil. Douleur interscapulaire après les travaux de couture. Amaigrissement de 5 kilos depuis 3 ans. Sciatique bilatérale.

Examen. — Douleur au niveau du côlon iléo-pelvien. Pas de douleur à la pression dans les fosses iliaques ni

au-dessus du pubis. Au toucher, le col regarde en avant. L'utérus est en antéflexion.

Dans le cul-de-sac droit, on sent une tumeur arrondie du volume d'une mandarine, indolore à la pression, mobilisable. A gauche, le cul-de-sac est douloureux.

Opération (le 7 mai 1909). — Sous l'anesthésie au chloroforme (40 gr.), on pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale. Libération facile des annexes du côté gauche. A droite, la libération est beaucoup plus laborieuse, car la trompe, considérablement allongée, descend verticalement le long de la face postérieure de l'utérus. Hystérectomie subtotale. Cautérisation du moignon. Surjet de péritonisation. Fermeture de la paroi par deux surjets et crins. Pas de drain.

Examen des pièces. — Utérus petit. Annexes gauches : trompe légèrement augmentée de volume avec petit hématosalpinx ; l'ovaire présente un kyste hématique folliculaire du volume d'une noix, et plusieurs autres plus petits. Annexes droites : trompe très longue, irrégulière, bosselée, avec un hématosalpinx ; une grande partie de l'ovaire a été laissée au moment de l'opération, l'incision du ligament large l'ayant rencontré, à cause de nombreuses adhérences.

Suites opératoires. — Normales. Légère température.

Le 14 mai 1909, ablation des fils inférieurs. Suppuration le long de la cicatrice, au-dessous de la peau.

Obs. LXII (Métro-salpingo-ovarite. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison). — Jeanne R..., née P..., 38 ans, entre le 13 mai 1909, service du professeur de Rouville, pour douleur au bas-ventre.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant. Mère

morte à 62 ans, d'une maladie de cœur post-rhumatismale. Une sœur en bonne santé ; elle a eu une fausse couche.

Antécédents personnels. — Pas de maladie antérieure. Bonne santé habituelle. Réglée à 12 ans ; règles régulières, abondantes, durant 3 jours, sans douleurs. Pertes blanches à 18 ans. Mariée à 29 ans. Un enfant né à 8 mois 1/2, accouchement normal, rapide. Levée le neuvième jour, elle eut, 6 jours après, une hémorragie abondante suivie d'ictère léger (cet accouchement eut lieu un an après le mariage). Il y a 5 ans, curettage à Lyon (service du professeur Pollosson). Depuis 2 ans, les règles durent 8 jours, très abondantes, avec glaires ; pertes blanches abondantes. Amélioration durant 2 mois ; la sensation de poids persistait tout de même.

Etat actuel. — Depuis cette époque, pertes durant 8 jours, retardant de 2 à 3 jours ; depuis 3 à 4 mois, douleurs dans le ventre et les flancs pendant les périodes intermenstruelles. Pertes blanches. Sensation de poids au niveau du périnée, accentuée par la marche et la fatigue. Bon état général. Constipation.

Examen. — Douleur à la pression au niveau de l'hypogastre. Au toucher, on trouve un col gros, avec déchirures multiples en partie cicatrisées. Le fond de l'utérus remonte à 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse. L'utérus est très douloureux à la pression et à la mobilisation. Sur la face postérieure du col, on sent une petite tumeur comme une amande, aplatie, mobile sur le col. Les culs-de-sac latéraux sont libres et non douloureux.

Aux valves : Col gros, induré, orifice externe béant.

L'utérus s'abaisse facilement, mais ce déplacement est douloureux. Grosses hémorroïdes.

Opération (18 mai 1909). — Anesthésie à l'éther (300 grammes). Laparotomie médiane sous-ombilicale. Paroi

très vasculaire. Hystérectomie subtotale : incision en V du col ; cautérisation du moignon. Surjet de péritonisation. Fermeture ordinaire de la paroi. Pas de drainage.

Examen des pièces. — Utérus très augmenté de volume. Muqueuse fongueuse. Annexes gauches et droites : trompes à peu près normales. Ovario-sclérose kystique, contenant de petits kystes hématiques, dont un s'est rompu durant l'opération (ovaire gauche).

Suites opératoires. — Choc opératoire. — Réveil vers 3 heures du soir, après injection de 500 grammes de sérum ; caféïne et huile camphrée. Brûlure de la main gauche. Le deuxième jour, le soir, 37°5, pas de vomissements. La malade urine spontanément.

Le 21 mai, purgatif : eau de Sedlitz par petits verres. Le quatrième jour, la fièvre persistant un peu, on fait un toucher vaginal qui ne donne rien. On enlève les fils de la paroi, sans trouver de suppuration.

Le 27 mai 1909. — Ablation des fils. Réunion par première intention.

Le 14 juin 1909. — Sort guérie.

Obs. LXIII (Métrite. — Salpingo-ovarite double. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison). — Louise R..., entre le 26 juin 1909 pour douleurs abdominales et pertes blanches.

Antécédents personnels. — Histoire de la maladie. — Variole dans la première enfance. Pas d'autre maladie grave. Réglée à 14 ans, régulièrement. Règles indolores et normales. Mariée à 17 ans. Vers cette époque, apparaissent des pertes blanches. Les règles, toujours régulières, deviennent douloureuses et de plus en plus abondantes. Depuis un an, la malade souffre continuellement du ventre, avec exacerbation de la douleur pendant les périodes

menstruelles. Ces douleurs s'accompagnent de ballonnement du ventre, de constipation et parfois de vomissements. La malade est souvent obligée de garder le lit. Les règles, très abondantes, avec caillots, durent 7 à 8 jours.

Examen. — Le toucher révèle un col légèrement érodé, granuleux, un peu gros. Les culs-de-sac latéraux et postérieur sont occupés par de grosses masses, douloureuses à la pression, très peu mobilisables, et paraissant très adhérentes à l'utérus. Les annexes gauches sont plus volumineuses que les droites. Le diagnostic de métro-salpingo-ovarite est posé et une intervention décidée.

Opération. — Elle a eu lieu le 17 juillet 1909, sous l'anesthésie au chloroforme. Après une laparotomie médiane, on tombe sur un petit bassin occupé par de grosses masses annexielles ayant refoulé l'utérus à droite, si bien que tout d'abord on ne trouve pas le corps de cet organe et qu'on place une pince sur une masse arrondie et dure qu'on avait prise pour l'utérus et qui était un abcès ovarien. L'erreur est vite reconnue. Les annexes droites, très adhérentes, sont libérées. A gauche, l'adhérence est telle que l'on pratique pour l'hystérectomie le procédé américain. Hystérectomie subtotale. Il y avait, de plus, à droite, un petit foyer de pelvi-péritonite enkystée. On fait une péritonisation minutieuse. Légère hémorragie en nappe. Drainage par deux mèches de gaze et deux drains.

Suites opératoires. — Normales.

18 juillet. — La malade a beaucoup vomi. Aussi, à 9 heures du soir, lui fait-on un lavage d'estomac qui la soulage beaucoup. Pas de température.

20 juillet. — Etat satisfaisant. On panse la malade, qui a beaucoup saigné. Les mèches sont enlevées.

23 juillet. — Excellent état. Pas de douleur. Enlèvement des fils et d'un drain.

La malade sort guérie.

Obs. LXIV (Kyste de l'ovaire. — Kyste du ligament large. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison). — M... E..., 34 ans, opérée le 29 décembre 1907 d'ovariotomie, revient le 18 octobre 1909 parce qu'elle continue à souffrir du bas-ventre, surtout à droite.

Première opération. — Le 29 décembre 1907, laparotomie, la malade étant en Trendelenburg et un matelas de compresses isolant l'intestin. L'utérus ne se voit pas. Il faut aller le chercher dans la concavité sacrée pour le ramener en avant. Après l'avoir pincé avec une pince à utérus, on examine les annexes. Celles du côté droit sont saines quant à la trompe, mais l'ovaire est doublé de volume, scléro-kystique. Il y a un kyste folliculaire saillant de la grosseur d'un petit pois. Çà et là, d'autres petits kystes. L'ovaire est enlevé. Les annexes gauches sont saines. Il y a deux petits kystes transparents entre la trompe et l'ovaire ; on les brûle au thermocautère, ainsi que le pédicule ovarien du côté droit. Puis on fait trois points de suture au catgut. Fermeture du ventre sans drainage.

Suites opératoires. — Parfaites. Aucun incident. Réunion parfaite lors de l'ablation des fils au dixième jour.

Le 18 octobre 1909, la malade revient parce qu'elle continue à souffrir, surtout à droite. Les règles étaient réapparues, régulières et indolores. Léger amaigrissement.

Examen. — Utérus gros, débordant la symphyse de trois travers de doigt. On sent, dans le cul-de-sac latéral gauche, une petite tumeur du volume d'une noix, lisse et assez mobile. Le cul-de-sac droit est libre (c'est l'ovaire droit qui a été extirpé).

Deuxième opération. — Le 30 octobre 1909, la laparotomie médiane est pratiquée. On extirpe l'ancienne cicatrice dont se plaignait la malade. L'utérus est gros, avec adhérences assez marquées. Pendant qu'on veut faire saillir

les annexes gauches, un corps jaune, gros comme une noisette, s'énuclée de l'ovaire. Celui-ci est kystique. Il y a dans le ligament large un kyste assez volumineux. Hystérectomie subtotale. Drainage.

Suites opératoires. — Excellentes.

10 novembre. — Abcès de la paroi, dû probablement à une suppuration provoquée par le catgut. On ouvre la cicatrice et on lave à l'eau oxygénée.

La malade sort guérie.

Obs. LXV (Kyste de l'ovaire gauche. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison). —Fortunée C..., 31 ans, entre, le 6 décembre 1909, pour douleurs abdominales.

Antécédents personnels. — Histoire de la maladie. — Réglée à 14 ans, sans douleurs ; les règles durent 7 à 8 jours, peu abondantes. Mariée à 20 ans. Premier accouchement un an après : accouchement compliqué ; hémorragie *post partum* ; fièvre, frissons, lochies fétides. Deuxième accouchement : mauvaise grossesse ; la malade perd les eaux 2 jours avant l'accouchement ; pas d'hémorragie, douleurs abdominales ; frissons, fièvre pendant 20 jours ; règles deviennent abondantes, contiennent des caillots ; douleurs après période menstruelle, pertes blanches. Troisième accouchement : grossesse douloureuse, vomissements ; accouchement difficile, fièvre de lait, 15 jours de lit ; les règles reprennent les mêmes caractères. Quatrième accouchement au bout de 3 ans : grossesse très mauvaise ; vomissements, douleurs violentes, accouchement pénible ; rupture de la poche des eaux 48 heures avant le début de l'accouchement, extraction manuelle, fièvre ; lochies très fétides, 20 jours de lit ; les règles sont

revenues 4 mois après, pas trop abondantes, durant 4 jours ; douleurs avant les règles.

La malade reste ainsi 3 ans sans se soigner. Il y a 2 ans, la malade vient se faire opérer dans le service (septembre 1907) ; on lui enlève un kyste du côté gauche ; après l'opération, aucune amélioration ; douleurs abdominales toujours très violentes ; règles ayant les mêmes caractères ; la malade reste à peu près bien jusqu'en septembre 1909 ; un jour, très brusquement, douleurs très vives à l'hypogastre, irradiées vers le rectum ; ventre très douloureux, frissons, vomissements.

La malade s'aperçoit alors d'une tuméfaction dans la paroi abdominale et son médecin lui dit qu'elle a une éventration.

Examen. — Eventration manifeste. Paroi abdominale d'ailleurs très faible au palper. Au toucher vaginal, rien de saillant, douleurs vives dans le cul-de-sac gauche.

Intervention (le 1er décembre 1909). — Laparotomie médiane sous-ombilicale, ouverture prudente du péritoine. Pas d'adhérences de l'intestin à la paroi, mais il existe de nombreuses adhérences dans le petit bassin ; on les décolle avec soin ; l'utérus paraît, flanqué à gauche d'un kyste du volume d'un gros œuf de poule, développé aux dépens de l'ovaire gauche. Pour l'enlever, on emploie le procédé américain en débutant à droite ; les adhérences très marquées de la trompe et de l'ovaire droit, qui est aussi scléreux, rendent le premier temps difficile ; on fait l'hystérectomie subtotale et on enlève le kyste, on fait l'hémostase, puis on péritonise ; drainage ; suture par plans étagés de la paroi ; agrafes sur la peau.

Examen des pièces. — Utérus gros, congestionné, enflammé ; le kyste contenait du pus à odeur fécaloïde ; à sa surface, on voyait d'autres kystes.

Suites opératoires. — Pas de vomissements ; apyrexie ; le 14 décembre, on enlève le drain ; la malade sort guérie dans les premiers jours de février.

Obs. XLVI (Métrite. — Salpingo-ovarite scléro-kystique. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison. Marie P..., née B..., 42 ans, entre le 6 janvier 1910, pour douleurs abdominales, dont elle souffre surtout depuis 2 mois.

Antécédents personnels. — Histoire de la maladie. — Réglée à 12 ans 1/2 régulièrement. Règles abondantes les deux premiers jours ; douloureuses, sans caillots ; pas de pertes blanches. Mariée à 16 ans ; grossesse immédiate ; accouchement à terme ; allaitement qui dure 16 mois. Trois ans après, fausse couche de 2 mois, sans douleur, avec hémorragie et caillots pendant 8 jours. A 25 ans, fièvre typhoïde ; 31 jours de lit. A 29 ans, nouvelle grossesse normale et accouchement à terme d'un enfant bien portant ; allaitement pendant 14 mois, cessation des règles pendant 9 mois. La malade dit avoir eu à ce moment un abcès froid (?) de l'aisselle qui lui a fait interrompre l'allaitement et a duré un an. Les règles ont toujours été très douloureuses. Depuis 2 mois, la malade souffre continuellement du ventre ; les dernières règles ont été très abondantes, avec douleurs violentes. Plusieurs fois par jour, pertes blanches glaireuses, s'accompagnant de coliques très douloureuses. Pas de constipation ; polyurie. La malade accuse une sensation de lassitude entre les épaules. Apophyses vertébrales douloureuses.

Examen. — Paroi abdominale flasque ; nombreuses vergetures. Au toucher, le col apparaît de volume moyen et dirigé dans l'axe du vagin ; il est déchiré et présente de nombreuses cicatrices. Le corps est en place, mais doulou-

reux. Il remonte à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse. De chaque côté, on sent les ovaires petits, sclérokystiques, mobiles et douloureux.

Opération. — Le 15 janvier, laparotomie sous l'anesthésie à l'éther. Les anses intestinales sont adhérentes dans le petit bassin. Elles sont attachées à l'utérus, à la vessie, aux annexes par des adhérences ligamenteuses. On libère l'utérus, retenu au niveau de sa face postérieure par des adhérences nombreuses. On ramène les annexes gauches. Le ligament large est incisé au-dessus des annexes entre deux pinces de Kocher. Les annexes droites, très adhérentes, sont libérées avec peine ; un kyste hématique de l'ovaire se rompt sur la compresse pendant cette manœuvre. Libération de la vessie et incision du péritoine antérieur. Section des ligaments larges sur les côtés de l'utérus. On pince l'utérine droite et on fait au bistouri une section transversale du col. Hystérectomie subtotale. L'utérine gauche est pincée à son tour et la masse extraite. Cautérisation immédiate du moignon cervical. Surjet sur le col. Ligature des utérines, des utéro-ovariennes et des ligaments ronds. Surjet de péritonisation de droite à gauche. Sur le moignon, on n'a plus de péritoine et on se contente de faire un deuxième surjet sur le moignon cervical. Drain dans le Douglas. Suture à trois plans. Agrafes.

Examen des pièces. — Annexes gauches : Ovaire petit, très scléreux, présentant quelques rares kystes folliculaires et un petit kyste hématique (corps jaune des dernières menstrues, 28 décembre). La trompe est augmentée de volume, très vasculaire, recouverte de fausses membranes, perméable. Les franges du pavillon sont épaissies et congestionnées.

Annexes droites : Ovaire doublé de volume ; sa moitié interne est scléreuse. Sur sa partie externe, on voit deux

kystes hématiques du volume d'une petite noix. Trompe semblable à la gauche. Il existe un petit kyste sous-péritonéal sus-tubaire à 2 cm. en dedans du pavillon.

Les parois de l'utérus sont épaissies et très scléreuses. La muqueuse est fongueuse.

Suites opératoires. — Excellentes. Le 12 février, la malade sort de l'hôpital complètement guérie.

Obs. LXVII (Salpingo-ovarite. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison). — Mme Vve C., née M..., 41 ans, entre le 6 janvier 1910 pour pertes blanches et tumeur du sein.

Antécédents personnels. — Histoire de la maladie. — Réglée à 17 ans régulièrement. Les règles durent 4 jours, sont peu abondantes, mais parfois douloureuses, sans caillots. Pas de pertes blanches. Mariée à 19 ans. Trois ans après, grossesse et accouchement à terme d'un enfant vivant. 12 jours après, elle aurait eu un écoulement purulent qui aurait duré 15 jours environ (abcès du vagin ?) 11 mois après, retard des règles de 15 jours. Les règles sont revenues abondantes, avec de gros caillots. 21 mois après, grossesse et accouchement à terme d'un enfant vivant. Depuis 2 ans, les règles, très peu abondantes, durent 6 à 8 jours. Au mois de juin et de juillet, les règles ont manqué sans cause apparente ; depuis cette date, elles sont encore plus pâles. Les pertes blanches sont continuelles, très épaisses, jaunâtres ; elles empèsent le linge et exhalent une odeur fétide. A partir de février 1909, la malade est restée au lit 65 jours pour salpingo-ovarite à début brusque et sans causes nettes ; elle a refusé l'intervention. Depuis, elle ne ressent plus de douleurs. A la partie supéro-externe du sein gauche, se trouve un relief assez marqué du volume d'une mandarine. La tumeur est irré-

gulière, bosselée, mobile, superficielle. Elle n'est pas adhérente et est mobilisable pendant la contraction du pectoral. Le 13 janvier, intervention : la tumeur ne s'énucléant pas, on enlève largement avec elle toute la moitié supérieure du sein.

Examen. — La paroi abdominale est flasque, avec une très légère tuméfaction à gauche. Au toucher, on sent un col petit et mobile, très dur, criant sous l'ongle, déchiré et irrégulier. Les culs-de-sac sont libres, sauf à gauche, où on sent une petite masse dure et douloureuse.

Opération. — Le 29 janvier, laparotomie. On trouve les annexes très adhérentes dans le Douglas. Une anse intestinale est dépéritonisée et saigne légèrement, ce qui nécessite le drainage abdominal à la gaze.

Suites opératoires. — Le trajet du drain abdominal se fistulise. Il reste peut-être un morceau de mèche, car on a drainé également avec 4 mèches de gaze, qui ont été retirées 48 heures après. Le drain est retiré 4 jours après l'intervention. On dilate aux laminaires le moignon du col ainsi que le trajet du drain.

Le jeudi 10 mars, on fait sous anesthésie la dilatation à l'index et l'exploration du trajet. On ne sent rien. Le doigt vaginal, introduit dans le col, sent l'index abdominal à travers l'épaisseur de la lèvre antérieure du col.

A la suite de cette intervention, le drainage se fait par le col et la fistule abdominale donne beaucoup moins.

Le 19 mars, la malade sort complètement guérie.

Obs. LXVIII (Salpingo-ovarite. — Hystérectomie subtotale. — Guérison). — Mme B..., née M..., 33 ans, entre le 14 février 1910 pour douleurs abdominales vives et continues. La malade a été précédemment laparotomisée et a subi une hystéropexie (courant 1909).

Examen. — La palpation provoque une douleur très marquée à droite et qu'on retrouve à gauche, moins intense. On sent, dans la fosse iliaque droite, une masse annexielle douloureuse. Au toucher, on sent un utérus gros, fixé en avant (par l'hystéropexie ancienne). Il est douloureux et on le délimite facilement. Il remonte à deux travers de doigt au-dessus du pubis. Les annexes droites peuvent être facilement délimitées.

Opération. — Le 22 février, il est procédé à une seconde laparotomie, sous l'anesthésie à l'éther. Quelques efforts de vomissements surviennent vers le milieu de l'intervention. Le ventre ouvert, on détruit facilement quelques adhérences épiploïques. L'utérus apparaît élevé, globuleux, légèrement dévié à droite. On met l'écarteur double et la valve pubienne qui gêne en repoussant l'utérus adhérent à la paroi. On trouve de très fortes adhérences, constituées par les ligaments ronds et on doit avoir recours aux ciseaux pour les couper. Une pince est placée sur les ligaments ronds, qu'on lie après section. Les annexes droites occupent leur place, retenues par quelques adhérences, que les doigts détruisent facilement. On les attire au dehors et on pratique une hystérectomie subtotale de droite à gauche. A gauche, on trouve des adhérences épiploïques, qui sont liées. Fermeture en trois plans, sans drainage. Agrafes.

Examen des pièces. — L'utérus a le volume d'une grosse mandarine. Sa surface saignante porte la trace des adhérences détruites. La cavité est de 7 centimètres. Les parois sont hypertrophiées, scléreuses et crient sous le scalpel. La muqueuse est très fongueuse. A droite, l'ovaire se compose de deux parties nettement distinctes. Le pôle interne est constitué par un gros kyste hématique d'un corps jaune du volume d'une petite noix, qui s'énuclée facilement ; le

reste de l'ovaire est scléro-kystique, à prédominance scléreuse. L'ovaire porte la trace d'adhérences péritonéales. La trompe est normale, mais friable. Elle s'est rompue au milieu dans le courant de l'intervention et on retrouve sur la pièce les deux morceaux ; elle est congestionnée, ardoisée et perméable.

Suites opératoires. — Excellentes. Quelques vomissements durant la nuit qui a suivi l'opération. La malade sort guérie.

Obs. LXIX (Annexite suppurée. — Hystérectomie abdominale subtotale.— Guérison). — Mme V..., née P..., 38 ans, entre le 25 février 1910 pour métrorragies graves.

Antécédents personnels. — Histoire de la maladie. — Réglée à 12 ans ; l'apparition des règles a été marquée par une hémorragie très grave. Les règles, très abondantes, durent 5 à 6 jours, avec caillots, mais ne s'accompagnent ni de douleurs, ni de pertes blanches ; elles surviennent régulièrement. Deux grossesses normales, avec accouchement normal et suites bonnes. Il y a deux ans, rhumatisme polyarticulaire aigu. La malade a une insuffisance mitrale. Depuis deux mois, elle a gardé le lit à la suite d'hémorragies abondantes survenues à trois reprises : le 25 décembre, le 8 janvier, le 11 février. Depuis huit ans, elle s'est aperçue que son ventre augmentait de volume.

Examen. —Paroi flasque, lâche. On sent, à la palpation, une tumeur arrivant à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic, à droite de la ligne médiane. Au toucher, le col est très gros, déchiré ; la lèvre postérieure est très grosse. Col en arrière et à gauche ; culs-de-sac libres. Utérus mobile.

Opération. —Le 5 mars 1910, laparotomie. L'épiploon

adhère entièrement au péritoine et on le dilacère avec l'index ; des pinces sont placées sur les points épiploïques qui saignent. Le petit bassin est rempli par une masse de fausses membranes péritonéales empêchant de distinguer les organes les uns des autres. On cherche l'utérus sans le trouver. On se porte alors à droite et, après avoir trouvé un plan de clivage, on décolle le péritoine, très épaissi. On ouvre alors une poche (trompe droite) remplie de pus qui s'épanche, sur l'épais matelas de compresses qui recouvre les intestins, dont les nombreuses anses, très adhérentes à la cavité pelvienne, doivent être détachées très prudemment à l'aide du doigt recouvert d'une compresse. On essaie, sans y parvenir, d'isoler la trompe et l'ovaire droits. On se porte alors à gauche et on croit distinguer la trompe gauche, très épaisse et très adhérente. On la saisit avec une pince de Kocher et on l'élève autant qu'on peut, tandis que l'index droit, passant au-dessous et en dehors d'elle, se creuse un passage. On arrive ainsi à isoler le ligament infundibulo-pelvien gauche, très épaissi, et on le sectionne entre deux pinces de Kocher. Ceci fait, la main droite isole de dehors en dedans les annexes gauches, et c'est alors seulement qu'on aperçoit l'utérus immobilisé par les adhérences. On taille sur sa face antérieure un lambeau péritonéal et avec une compresse on isole ce que l'on pense devoir être la vessie. Celle-ci, en effet, n'est pas visible, recouverte par une épaisse couche péritonéale. On coupe ensuite aux ciseaux le col utérin au-dessus du vagin, de droite à gauche. L'utérine droite, puis l'utérine gauche sont pincées et on enlève l'utérus après avoir vainement essayé d'énucléer en même temps que lui la masse annexielle gauche ; on enlève alors cette masse de dedans en dehors et de bas en haut. Ligature. Le moignon est cautérisé au thermo et fermé par un

surjet au catgut. Alors une pince introduite dans le vagin permet de sectionner le Douglas, et un gros drain est glissé de haut en bas dans le vagin. Péritonisation complète à droite à l'aide de l'épiploon abaissé, et suture du ligament large droit. Fermeture à trois étages après drainage abdominal du Douglas.

Examen des pièces. — Utérus du volume d'une orange, épaissi et scléreux ; muqueuse hypertrophiée. Annexes énormes. Ovaires scléro-kystiques.

Suites opératoires. — Parfaites. Pas de température. Enlèvement du drain abdominal le deuxième jour et vaginal le quatrième jour. Etat général parfait ; la malade va abondamment à la selle. Le neuvième jour la malade perd par le vagin une très légère quantité de liquide à odeur fécaloïde. Pendant cinq jours on touche l'intérieur du moignon cervical avec une mèche iodée, puis pendant deux jours avec une solution de nitrate d'argent. Diarrhée abondante pendant dix jours, traitée par des lavements au nitrate d'argent à 1/500. Plus d'attouchements du col. L'écoulement vaginal a complètement cessé. La malade sort le 5 avril.

Obs. LXX (Annexite et appendicite. — Hystérectomie abdominale subtotale et appendicectomie. — Guérison). — Marguerite Ch..., épouse C..., 30 ans, entre le 16 avril 1910 pour douleurs violentes siégeant dans les régions lombaire et abdominale et s'irradiant dans les cuisses.

Antécédents personnels. — Histoire de la maladie. — Réglée à 11 ans régulièrement. Les règles abondantes et douloureuses durent 5 à 6 jours, sans caillots. Pas de pertes blanches. Mariée à 16 ans, les règles ont continué à être régulières. Pas de douleur à la miction. A 17 ans, grossesse normale suivie d'un accouchement à terme, avec

suites excellentes ; deux ou trois jours de lit. L'enfant meurt à 2 mois de méningite ; 8 mois après, fausse couche de 5 mois avec forte hémorragie, séjour au lit de 4 à 5 jours, suites normales. Quelques mois après, fausse couche de 3 mois avec hémorragie, sans douleurs. L'année suivante, grossesse normale et accouchement à terme d'un enfant mort-né (hydropisie) ; suites normales ; les règles reviennent régulières ; pas de pertes blanches. Un an après, grossesse normale et accouchement à terme d'un enfant qui meurt à 6 mois de méningite. La même année, nouvelle grossesse douloureuse cette fois, avec vomissements, douleurs dans le dos et les reins survenant par crises tous les mois. Accouchement normal et à terme ; séjour au lit de 25 jours ; un peu de fièvre. La malade n'allaite pas. Les règles reviennent régulières mais très douloureuses ; apparition de pertes blanches n'empesant pas le linge. Puis coup sur coup deux nouveaux avortements, l'un de 2 mois, l'autre de 3 mois avec hémorragie. Les douleurs et les vomissements continuent. A 26 ans, nouvel accouchement précédé d'une grossesse très douloureuse ; 3 jours de lit. Depuis lors, la malade souffre continuellement du ventre et des reins. Certaines de ces douleurs sont lancinantes et localisées à la région appendiculaire. La malade vomit tous les 10 ou 15 jours. Les pertes blanches ont augmenté, mais sans empeser le linge. Règles douloureuses, avec caillots. Depuis 18 mois, elles sont devenues très irrégulières, manquant 2 ou 3 mois, apparaissant parfois 2 fois par mois. Depuis 5 mois, les pertes blanches sont très sales et empèsent le linge. En janvier 1910, la malade a une hémorragie qui dure 18 jours ; elle entre à l'hôpital de Cette où on la traite par des injections et des cautérisations utérines à la teinture d'iode ; elle sort le 25 février sans être guérie.

Au moment où elle arrive dans le service, la malade est très affaiblie par ses hémorragies précédentes et par des vomissements très fréquents.

Examen. — Ventre plat avec vergetures. Douleurs à la palpation dans la région épigastrique, au point de Mac Burney et dans les régions annexielles ; c'est dans la région appendiculaire que les douleurs sont le plus vives.

Au toucher, on sent l'utérus en place ; le col est gros, mou, avec des déchirures formant étoile. Dans le cul-de-sac postérieur on sent un petit corps rond fuyant sous le doigt. C'est probablement un ovaire prolabé. Hystérométrie : 7 cm.

Opération. — Le 4 mai, laparotomie sous l'anesthésie à l'éther. La malade est mise en position de Trendelenburg, car on ne prévoit pas que l'on aura à intervenir sur l'appendice. On trouve les annexes droites profondément fixées contre la paroi latérale du petit bassin. La trompe est très contournée sur elle-même, très allongée (16 cm.), perméable et fixée à l'ovaire par des adhérences ; elle est triplée de volume dans sa partie externe ; à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes on sent un nodule fibreux très dur, qui à la coupe donne un tissu fibreux parsemé de granulations jaunes (l'examen histologique de ce tissu fait ultérieurement par M. le professeur Bosc a montré qu'il s'agissait vraisemblablement de tuberculose). La trompe se termine par des franges adhérentes entre elles, très vascularisées. Son extrémité externe est sur une étendue de 3 cm. coudée à angle droit sur le reste de l'organe. L'ovaire a le volume d'une noix ; il est scléro-kystique. A la coupe, il est œdémateux. A gauche, les annexes ont la même situation et sont aussi fixées par des adhérences que l'on détruit. L'ovaire très œdémateux porte de nombreux kystes folliculaires et quelques corps jaunes. La trompe est

très augmentée de longueur (15 cm.) et adhérente à l'ovaire. Elle est hypertrophiée et se termine comme l'autre en marteau. Utérus scléreux, œdémateux.

L'hystérectomie subtotale est pratiquée et est suivie d'une appendicectomie. L'appendice est court, turgescent et très vasculaire. Il est entouré de nombreuses adhérences qui sont liées avant section. Le moignon est inclus dans le cœcum. Fermeture sur trois plans. Agrafes.

Suites opératoires. — Excellentes.

Obs. LXXI (Salpingo-ovarite et fibrome de la paroi postérieure de l'utérus. — Hystérectomie abdominale subtotale. — Guérison). — Mme F..., née L..., 36 ans, entre le 6 mai 1910 dans le service du professeur de Rouville pour hémorragies graves, presque continuelles, et douleurs abdominales.

Antécédents personnels. — Histoire de la maladie. — Réglée à 13 ans régulièrement et abondamment (8 jours). Mariée à 21 ans. A 22 ans, grossesse et premier accouchement normal et à terme ; suites de couches normales. A 26 ans, nouvel accouchement normal et à terme; bonnes suites de couches ; 8 jours de lit. Après le dernier accouchement, les règles sont revenues régulières, abondantes et indolores ; mais bientôt sont apparues des pertes blanches purulentes, tachant le linge. Il y a 1 an, les règles sont devenues plus fréquentes (tous les 10 jours), très douloureuses, avec de nombreux caillots. Depuis 2 mois elles durent 15 jours, s'arrêtent 2 ou 3 jours et reviennent, toujours douloureuses. Les douleurs sont localisées à gauche du bas-ventre, irradiées dans les lombes et les cuisses. Elles cessent quand l'hémorragie s'arrête. Actuellement la malade est très anémiée par ces hémorragies ; le teint est pâle, les muqueuses sont décolorées. Palpitations de cœur.

La malade se présente comme une neuro-arthritique ; elle a toujours des migraines et des douleurs erratiques dans les membres.

Examen. — Ventre normal ; quelques rares vergetures. Bonne paroi. La palpation, rendue presque impossible par les contractures, ne révèle rien. Le toucher montre un col déchiré bilatéralement, avec une lèvre postérieure épaissie. Il est gros, fermé, et regarde en avant ; pas d'œufs de Naboth. Dans le cul-de-sac postérieur, le col est séparé du corps par un sillon (utérus rétrofléchi). Cul-de-sac antérieur très étroit. Le cul-de sac droit est douloureux, mais on n'y sent pas les annexes. Le cul-de-sac gauche est douloureux ; on y sent l'ovaire augmenté de volume, peu mobile et adhérent. Hystérométrie : 10 cm.

On pose le diagnostic de métrite puerpérale chronique compliquée d'annexite, avec sclérose utéro-ovarienne et peut-être fibromatose.

Examen des urines : Urée 14 gr. 8 ; pas de sucre ; légères traces d'albumine.

Opération. — Le 17 mai, laparotomie sous l'anesthésie à l'éther. La musculature de la paroi est excellente. On dépouille les muscles droits de leur gaine. Après l'incision du péritoine, l'intestin fait hernie, mais est facilement réduit et maintenu par une compresse. La vessie remonte haut et empêche de prolonger l'incision par en bas. La malade est mise en position de Trendelenburg ; les anses intestinales sont complètement isolées par un matelas de compresses. On n'aperçoit que la face antérieure de l'isthme utérin ; le corps est en arrière dans la concavité du sacrum et on a quelque peine à l'amener en avant. On examine les annexes. Les droites ne sont pas adhérentes et occupent leur place normale ; elles sont isolées et deux pinces de Kocher sont placées au-dessous d'elles. Les an-

nexes gauches plongent dans la cavité pelvienne latérale et adhèrent faiblement à l'utérus. On les isole et on les ramène ; deux kystes séro-hématiques se rompent pendant ces manœuvres ; on place 2 pinces de Kocher comme précédemment. On isole la vessie. Les deux utérines sont facilement pincées. Hystérectomie subtotale ; cautérisation du moignon. Ligature des utérines, des utéro-ovariennes et du ligament rond. Le moignon utérin est fermé par un surjet au catgut. Péritonisation de droite à gauche. Arrivée à l'utérine droite, l'aiguille perfore cette artère au-dessus de la ligature. Un commencement d'hématome se forme dans le ligament large ; on lie l'utérine au-dessus de la perforation. Nettoyage du Douglas. Vérification attentive de l'hémostase. Fermeture à 3 plans. A l'extrémité inférieure de l'incision, le sommet de la vessie apparaît dénudé. Un petit hématome s'est même formé dans la paroi vésicale. On fait un surjet spécial à la Lembert sur la vessie. Agrafes.

Examen des pièces. — L'utérus est globuleux à surface absolument lisse ; la paroi postérieure est légèrement en saillie. Le doigt introduit dans la cavité utérine délimite nettement un fibrome du volume d'une petite mandarine inclus dans la paroi postérieure. On fend l'utérus sur la paroi postérieure de ce fibrome et on l'énuclée aisément. C'est un fibrome multilobé, œdémateux. La paroi utérine très épaissie mesure 3 à 4 cm. ; la muqueuse utérine est hypertrophiée.

Annexes droites : L'ovaire doublé de volume est sclérokystique ; il présente un kyste hématique folliculaire du volume d'une noisette et est tapissé par un caillot récent que l'on détache facilement ; la trompe très augmentée de longueur (14 cm.) est perméable ; le ligament large est

très transparent et on y observe nettement l'organe de Rosenmüller.

Annexes gauches : Deux kystes se sont rompus pendant la libération de l'ovaire très adhérent. Il est doublé de volume, scléro-kystique à prédominance scléreuse. Il porte 2 kystes hématiques rompus dont l'un du volume d'une grosse noisette renferme des caillots ; l'autre plus petit renferme un liquide d'aspect nettement fécaloïde (transformation d'hémoglobine). La trompe est de même longueur que la droite ; elle est très vascularisée ; ses franges très rouges sont le siège d'infarctus hémorragiques ; elle est perméable.

Suites opératoires (27 mai). — Elles sont très satisfaisantes.

Le nombre relativement considérable d'observations de salpingo-ovarite, traitées par la laparotomie va nous permettre d'en tirer quelques conclusions d'ordre général. Nous relatons, en effet, douze observations d'hystérectomie abdominale totale, et 26 d'hystérectomie abdominale subtotale. Ces chiffres nous paraissent assez imposants en eux-mêmes, et surtout les résultats obtenus sont assez brillants pour qu'ils puissent efficacement nous servir et sans grande difficulté, à juger des opérations de ce genre, et à porter sur leur valeur un jugement qui échappe à toute critique.

Mais laquelle de ces deux méthodes : hystérectomie abdominale totale, ou hystérectomie abdominale subtotale, allons-nous préconiser puisque les résultats de l'une sont aussi excellents que ceux de l'autre ?

Certes, ce n'est pas uniquement à notre expérience personnelle que nous nous adresserons pour répondre à une pareille question. L'autorité des plus grands noms de la

chirurgie moderne et leur unanimité suffiraient à peine pour faire accepter une réponse aussi dogmatique.

Qu'il nous suffise donc d'étudier rapidement l'une et l'autre de ces opérations, de dire quelle est la valeur de chacune et quelles sont leurs indications. Il nous sera plus facile ensuite de faire un parallèle entre ces deux méthodes et de nous arrêter à une conclusion. La tâche nous sera d'autant plus aisée qu'il nous suffira de nous guider sur la thèse inaugurale de notre camarade, le docteur Beaumelle, thèse qui a d'ailleurs été inspirée par notre maître, M. le professeur de Rouville, dans le service duquel ont été recueillies les observations qui y figurent.

L'Hystérectomie totale

On sait que l'hystérectomie abdominale totale pour lésions annexielles consiste dans l'ablation complète des annexes et de l'utérus, après ouverture des culs-de-sac et désinsertion de la partie vaginale du col utérin.

Nous nous bornerons ici à passer en revue les grandes phases de l'opération, en insistant seulement à propos de chacune d'elles sur les nouvelles acquisitions que nous avons pu déduire à la fin de nos propres observations et des travaux les plus récents sur la question.

I. *L'opération*

A. *Préparatifs.* — A cause de la congestion interne des organes pelviens, on évitera d'opérer une femme au moment de ses règles.

On ne négligera aucun des soins de propreté qui doivent précéder toute hystérectomie. On redoutera surtout

la possibilité d'une contamination du péritoine par la cavité vaginale ouverte. Pour éviter ce danger, on désinfectera cette cavité d'une façon absolument complète. On fera, à cet effet, plusieurs jours avant l'opération, de grandes irrigations vaginales à l'eau bouillie additionnée de sublimé. La veille, on rasera les poils du pubis et la vulve sera recouverte d'un pansement humide. On s'abstiendra de pratiquer une injection vaginale antiseptique immédiatement avant l'opération. Il pourrait en résulter l'inconvénient suivant : la malade étant mise en position de Trendelenburg, une certaine quantité de liquide peut rester dans le vagin et faire issue dans l'abdomen au moment de la section des culs-de-sac (voir obs. LI) ; on remplacera avantageusement cette injection antiseptique par un badigeonnage rigoureux du vagin à la teinture d'iode.

On sondera la malade avant l'opération, sans laisser de sonde à demeure, car la malade étant en Trendelenburg, la sonde peut provoquer l'ascension de la vessie, qui peut alors (voir obs. XL) être sectionnée.

Comme dans toute laparotomie, on fera avec soin la toilette de la paroi.

B. *Incision de la paroi. — Ouverture de l'abdomen. — Reconnaissance des lésions. — Protection attentive de l'intestin et du péritoine. — Libération des adhérences.* — Tels sont les différents temps préliminaires de l'opération, sur lesquels nous n'insisterons pas.

Signalons, en passant, que l'utérus, souvent masqué par la masse annexielle enflammée et adhérente, et basculé parfois dans le Douglas, demande à être cherché attentivement et prudemment.

C. *Hémostase préventive.* — Tous les chirurgiens ne

sont pas d'accord pour savoir si elle sera provisoire ou définitive d'emblée. Les uns se contentent de placer des pinces à forcipressure sur les pédicules et les vaisseaux utéro-ovariens ; les fils sont posés après l'ablation du bloc utéro-annexiel. Les ligatures placées d'emblée sur les vaisseaux sont soumises, disent-ils, dans le courant de l'opération qui va suivre, à des déraillements qui peuvent les déplacer et exposer à des hémorragies secondaires. Beaucoup d'opérateurs, néanmoins, préfèrent la seconde manière de procéder, qui raccourcit et simplifie l'opérateur.

Longtemps on a reproché à l'hémostase dans l'hystérectomie totale d'être longue, difficile à obtenir et peu sûre. En effet, l'ouverture des culs-de-sac détermine la section de l'important plexus vasculaire, formé par les branches de l'utérine et de l'hémorroïdale moyenne. Certes, on peut pincer chacune de ces artérioles, mais le procédé est long et les pinces laissées parfois encombrantes ; de plus, le tissu vaginal mou et très vascularisé est, après sa section, le siège d'un suintement sanguin souvent difficile à arrêter. Tels sont les graves inconvénients qui ont longtemps fait un dogme de l'infériorité de l'hémostase dans la totale. Cependant, depuis quelques années, une vive réaction s'est produite à cet égard chez certains chirurgiens. Déjà, Richelot prononçait les paroles suivantes le 28 octobre 1903, au Congrès de Chirurgie : « On a dit que la totale donne plus de sang. C'est absolument faux, à moins qu'on ne fasse une totale de fantaisie, qu'on aille couper très bas la paroi vaginale et rencontrer les artères qui n'existent pas au niveau de l'insertion du col. »

Tout dernièrement, Desmarets et Descomps, dans une communication faite à la Société anatomique (décembre

1909), ont défendu cette manière de voir ; ils affirment que l'hémostase peut être aussi rigoureuse dans la totale que dans la subtotale, à condition que les deux conseils suivants soient pris en considération : 1° aller chercher le tronc de l'artère utérine en arrière et en dehors de l'uretère, et placer une ligature sur le vaisseau ; 2° au même niveau (en arrière et en dehors de l'uretère), chercher et lier l'artère vaginale longue. Ce procédé est-il fait pour simplifier l'opération ? Il est permis d'en douter, si l'on songe aux difficultés et aux dangers que présentent la recherche et la ligature des vaisseaux au niveau indiqué.

Lecène, lui, conseille l'hémostase et la section progressive des replis utéro-sacrés.

Plus récemment encore, Chevrier (1) préconise un procédé nouveau d'hémostase dans la totale, qui lui aurait donné les meilleurs résultats et dont voici la description dans ses grandes lignes :

L'auteur s'appuie d'abord sur l'existence d'une *zone vasculaire,* très restreinte, que présente le dôme vaginal au voisinage de son insertion. « Quand la section vaginale est pratiquée en cet endroit, l'hémorragie de la tranche est un mythe. » Il s'agit donc de sectionner le vagin exactement à son insertion sur le col.

Après avoir assuré l'hémostase de l'utérine et de la cervico-vaginale, l'auteur pratique une subtotale préalable ; il n'extirpe le col que secondairement, en prenant les précautions suivantes : le vagin est ouvert au niveau du cul-de-sac antérieur et quatre pinces sont placées sur la lèvre vaginale ; on se trouve alors en présence « d'un véritable triangle d'hémorragie qui est hémostasié à sa

(1) Annales de gynécologie, février 1910.

base par un catgut passé dans la paroi musculaire du vagin tendu par les pinces. »

Les avantages de tous ces procédés sont indéniables, mais on pourra toujours leur reprocher d'allonger l'opération.

D. *Extirpation de la masse utéro-annexielle.* — Nous avons vu déjà qu'il existait deux grandes méthodes d'extirpation du bloc utéro-annexiel. Il est plus aisé, en général, et à moins d'indications contraires, de l'effectuer en commençant par dessous et en allant de bas en haut. J.-L. Faure, en effet, l'a bien fait remarquer : « c'est en bas que se trouvent les espaces libres et les plans de clivage ; c'est en haut que sont les adhérences solides et dangereuses, celles en particulier que les annexes contractent avec les anses intestinales. » Pour gagner le pôle inférieur de la masse utéro-annexielle, on emploiera le procédé qui s'adaptera le mieux à chaque cas en particulier. Certains chirurgiens, pour dégager plus rapidement l'utérus, en sectionnent le col et font ainsi précéder la totale d'une véritable subtotale ; le col est désinséré à la fin de l'opération.

Pour la libération des annexes, on aura le choix entre les différents procédés dont chacun peut trouver ses indications particulières (procédé américain de Kelly, procédé de Terrier, de Pozzi, etc.).

E. *Péritonisation.* — Elle sera faite très soigneusement, après une toilette minutieuse préalable de la séreuse. Si la collerette péritonéale antérieure n'est pas assez grande, on mobilisera des lambeaux de séreuse, pris sur la vessie ou l'anse sigmoïde ; cette dernière, très mobile chez la femme peut être suturée aisément au péritoine vésical.

On pourra également enfouir les surfaces dénudées dans les sutures séro-séreuses.

Enfin, avant la fermeture en plusieurs points de la paroi, l'hémostase définitive sera vérifiée avec soin. Des ligatures seront placées sur tous les vaisseaux pincés, si cela n'a pas déjà été fait lors de l'hémostase préventive. Tous les points saignants seront pincés et liés.

F. *Drainage.* — L'hystérectomie totale devant être pratiquée surtout, nous allons le voir, dans les cas de grandes suppurations pelviennes, il sera absolument indiqué de faire un bon drainage après cette opération.

Nous réserverons pour le prochain chapitre les discussions soulevées au sujet de la valeur comparée du drainage abdominal et du drainage vaginal, et nous ne parlerons ici que de ce dernier, qui s'adapte le mieux à la castration totale. Rien n'est plus simple, en effet, que de faire traverser par un drain le Douglas sectionné déjà. Dans les suppurations très étendues, ce mode de drainage sera très efficace, car il agit au point le plus déclive. De plus, la péritonisation laisse souvent au-dessous de la séreuse une cavité à peu près impossible à drainer par en haut ; dans ce dernier cas, le drainage par le vagin supprimera toute possibilité de rétention septique. Le drain vaginal pourra être accompagné d'une mèche. Il ne demande pas à être renouvelé souvent et sera enlevé au bout de 6 à 7 jours, lorsque tout suintement aura disparu.

Après l'hystérectomie totale, Chaput ne reconstruit pas le dôme vaginal et laisse plusieurs jours le vagin communiquer largement avec la cavité pelvienne.

Dans certains cas, il pourra être indiqué d'établir un double drainage et d'associer un petit drain abdominal au drain vaginal.

G. — *Appendicectomie* (1). — Au cours de l'hystérectomie totale, aussi bien que subtotale, l'appendicectomie pourra parfois être indiquée. La coexistence, en effet, de lésions appendiculaires et annexielles droites est assez fréquente chez la femme et s'explique très bien par des raisons anatomiques. Des chirurgiens, tels que Gosset et Terrier, pour éviter des réactions appendiculaires post-opératoires, pratiquent de parti-pris l'ablation de l'appendice au cours de toute intervention sur les annexes suppurées ; en tous cas, l'appendicectomie devra être faite toutes les fois que l'appendice aura une apparence suspecte.

II. *Valeur et indications actuelles de l'opération*

A ne considérer que les résultats des observations que nous venons de publier, nous pouvons dire que l'hystérectomie totale est une excellente opération. Toutes les malades, en effet, qui ont été traitées par cette méthode ont guéri.

Si nous jetons un coup d'œil sur les diverses statistiques publiées par différents auteurs, nous voyons que les résultats opératoires immédiats et éloignés de la totale sont généralement bons, bien que les résultats de l'hystérectomie subtotale lui soient supérieurs. La statistique de Pozzi donne 9 0/0 de mortalité. Delage, dans sa thèse, donne 6,3 0/0 ; Routier, sur 197 interventions pratiquées de 1899 à 1907, a eu une mortalité un peu supérieure à 10 0/0.

Mais on a prétendu que l'hystérectomie totale pour lésions annexielles « ne vivait plus guère que des contre-indications de la subtotale ». Enumérons donc les contre-indications de cette opération. C'est d'abord une infection

(1) Cf. Observations XLIV et XLV.

profonde du col. En présence d'une métrite cervicale intense, devant un col infiltré de pus, ce serait commettre une imprudence que de ne pas pratiquer l'ablation de l'organe tout entier et de laisser dans la cavité pelvienne une cause dangereuse d'infection.

L'ablation totale trouvera une autre indication dans les cas de foyers de suppuration considérables, surtout lorsqu'ils auront été ouverts au cours de l'intervention ; la nécessité d'un grand drainage déclive s'impose alors.

Enfin, dans les cas de lésions annexielles néoplasiques, ou lorsque la salpingo-ovarite coïncidera avec un fibrome, on devra préférer l'hystérectomie totale à la subtotale.

Tels sont les cas qui nous semblent justifier le choix de l'hystérectomie totale.

L'Hystérectomie subtotale. Opération de choix

Nous avons dit déjà que dans les cas de salpingo-ovarites, cette opération tendait de plus en plus à remplacer l'hystérectomie totale. Elle consiste alors à pratiquer l'ablation du bloc utéro-annexiel en laissant en place le col utérin.

Nous allons résumer rapidement les temps opératoires de cette intervention, comme nous l'avons fait pour la totale, avec laquelle nous la mettrons ensuite en parallèle.

I. *L'Opération*

A. *Préparatifs.* — Ils seront les mêmes que pour la totale. Etant donnée l'impossibilité de savoir si au cours de l'intervention on ne découvrira pas l'indication de faire une totale ou un drainage vaginal, on désinfectera soigneusement le vagin.

B. *Incision de la paroi et temps préliminaires.* — Comme pour la totale.

C. *Hémostase.* — Elle peut être faite soit au début de l'opératon, soit à la fin, après l'ablation des masses pathologiques. On évite ainsi le glissement des nœuds tiraillés au cours de l'extirpation du bloc utéro-annexiel.

L'hémostase est beaucoup plus aisée que dans la totale, car il suffit de sectionner entre deux pinces ou deux ligatures les utérines, au niveau même où on va faire la section du col. La tranche de section n'est jamais le siège d'une forte hémorragie.

D. *Extirpation de la masse utéro-annexielle.* — Les mêmes règles générales que nous avons indiquées pour la totale sont applicables à la subtotale. Mais, bien plus rapide sera la libération de l'utérus, puisqu'elle est déterminée par la section du col, sans qu'il soit besoin d'aller procéder à la désinsertion longue et délicate des culs-de-sac vaginaux.

E. *Traitement du moignon utérin.* — Après avoir saisi et attiré avec une pince le moignon cervical, on procède, au moyen du thermocautère, à sa désinfection. On suture ensuite les lèvres du moignon et ainsi il n'existera plus aucune communication entre la cavité péritonéale et la cavité cervicale.

Il est évident qu'on ne pratiquera pas cette suture dans les cas où l'on désirera établir un drainage vaginal par la cavité cervicale.

Enfin, on pourra enfouir le moignon dans une suture de péritonisation.

F. *Péritonisation.* — Ici, comme dans la totale, on doit

reconstituer avec soin et suivant des procédés analogues le plancher péritonéal.

G. *Drainage.* — On peut s'abstenir de drainer quand on a opéré d'une manière absolument aseptique, lorsqu'on a agi sur des poches annexielles enkystées, lorsque le tissu paramétritique est exempt de toute infection diffuse, enfin, chaque fois qu'on est absolument certain qu'on n'a pas à redouter d'infection péritonéale secondaire. C'est ainsi que procède notre maître, M. de Rouville, comme on a pu s'en rendre compte par la lecture d'un certain nombre des observations qui précèdent, cas dans lesquels l'absence de drainage supérieur et inférieur s'est montré parfaitement compatible avec des suites opératoires aseptiques. On pourra nous objecter qu'un drainage préventif est une précaution toujours bonne à prendre et n'entraînant guère d'inconvénients. Il est évident qu'on n'observe que rarement des accidents consécutifs au drainage vaginal ou abdominal ; il en existe cependant des exemples : le drain abdominal a été parfois l'origine de fistulisation, d'éventration. Aussi, devra-t-on éviter chaque fois que la chose sera possible l'éventualité même improbable de ces complications.

La règle générale sera de drainer surtout lorsque des poches purulentes auront été ouvertes au cours de l'intervention.

Dans les cas ordinaires, ce drainage sera abdominal. Il sera vaginal, au contraire, comme après une totale, lorsque l'importance de la suppuration, l'étendue des lésions ou l'insuffisance de la péritonisation basse l'indiqueront. On choisira alors entre le drainage vaginal proprement dit à travers le Douglas, et le drainage cervico-vaginal, après incision du col avec le fond du vagin. Faisons

remarquer que dans le cas de l'observation LXVII, fait très intéressant et digne de remarque, alors qu'on n'avait placé aucun drain vaginal, un drainage s'est établi spontanément à travers la cavité cervicale.

Enfin, on pourra associer les deux drainages abdominal et vaginal dans certaines suppurations graves.

H. *Résultats opératoires.* — Dans tous les cas que nous venons de rapporter, nous voyons l'excellence des résultats immédiats de l'hystérectomie subtotale. Toutes les opérées, en effet, ont été assez rapidement guéries. Si nous avons eu à signaler des accidents tels qu'une infection légère ou de la leucorrhée du moignon, du moins on a pu voir que ces accidents n'ont été que passagers et n'ont pas résisté bien longtemps à un traitement convenable.

Un certain nombre de malades, revues par M. de Rouville dans son cabinet, lui ont confirmé la persistance de leur guérison.

D'ailleurs les diverses statistiques que nous avons eues sous les yeux confirment bien nos propres résultats puisqu'ils nous donnent une mortalité inférieure à 5 0/0.

Il nous est donc bien permis de dire que l'hystérectomie abdominale subtotale pour salpingo-ovarites est une excellente opération.

II. *Parallèle entre l'hystérectomie totale et la subtotale*

On a depuis longtemps opposé l'une à l'autre les deux méthodes d'hystérectomie abdominale. Bien que l'une et l'autre comptent de nombreux partisans, il semble néanmoins que la majorité des chirurgiens préfère aujourd'hui la subtotale.

Nous venons de voir que la totale ne trouvait plus guère

d'indications que dans certaines contre-indications — bien définies — de la subtotale. Pourquoi donc, exception faite pour ces quelques cas, préfèrera-t-on laisser un moignon cervical, quand on devra pratiquer une castration utéro-annexielle.

Les avantages de ce dernier procédé ont déjà été indiqués dans l'étude comparative que nous venons de faire. Il importe néanmoins que nous les précisions en un parallèle plus serré.

Avantages de la subtotale. — Ce sont d'abord la facilité et la rapidité. Dans l'hystérectomie totale, en effet, la recherche des culs-de-sac vaginaux et la désinsertion du vagin constitueront des temps longs et délicats ; ce sera donc faciliter et abréger l'opération que de ne pas recourir à cette technique. Dans l'hystérectomie subtotale, au contraire, il sera la plupart du temps facile de découvrir le col, dont la section se fera aisément permettant ainsi d'effectuer rapidement la libération de l'organe ; cela est si vrai qu'un grand nombre des chirurgiens qui préconisent et exécutent encore l'hystérectomie totale, commencent par sectionner le col, faisant ainsi une subtotale préalable et gardent pour la fin la désinsertion et l'extirpation du col. De plus, dans la subtotale, la suture du moignon utérin est plus rapide et plus facile que la fermeture et la reconstitution du dôme vaginal dans la totale. Enfin, dans la subtotale, on a moins de chance de blesser les uretères qui restent en rapport avec le dôme vaginal, alors que le col est attiré en haut.

Un autre argument peut être tiré de la facilité et de la rapidité plus grande de l'hémostase dans la subtotale. Nous avons vu dans le précédent chapitre que cette question soulève de nombreuses discussions. Nous avons d'ail-

leurs fidèlement et impartialement rapporté l'opinion de chirurgiens tels que Richelot et Chevrier, qui sont des partisans de la totale. De leur propre aveu, il semble bien que l'on peut affirmer que le danger, au point de vue de l'hémorragie, a été fortement exagéré et résulte souvent d'une faute de technique. Mais si les procédés hémostatiques proposés sont efficaces, il reste néanmoins qu'ils sont longs et difficiles à appliquer et qu'il sera toujours plus simple d'aborder et de décoller le tronc de l'utérine le long du col que de se heurter à ses branches au niveau des culs-de-sac vaginaux.

Au point de vue de l'asepsie opératoire et post-opératoire, l'hystérectomie subtotale semble offrir plus de garanties. Nous pensons que c'est à tort qu'on a prétendu qu'il était très aisé de pratiquer l'asepsie parfaite du vagin ; nous croyons, au contraire, que la plupart des chirurgiens aimeront mieux pratiquer une opération exclusivement abdominale que d'établir une communication et un contact direct entre le péritoine et un conduit tel que le vagin, même soumis à la désinfection préalable la plus rigoureuse. On conçoit d'ailleurs que le vagin peut, bien avant la cicatrisation, se réinfecter.

Tous ces avantages doivent évidemment améliorer les résultats opératoires de la subtotale.

Cette opération présente une bénignité bien plus grande que la totale. Il suffit d'ailleurs pour en avoir la preuve, de jeter un regard sur quelques statistiques.

Celle de Delage, portant sur 868 hystérectomies pratiquées de 1896 à 1901 par différents chirurgiens, donne 38 morts pour 601 hystérectomies totales, soit 6,3 0/0 de mortalité, tandis que sur 267 hystérectomies subtotales, nous ne relevons que 15 morts, soit 5,1 0/0 de mortalité.

La statistique de Ricard (1) donne pour 1232 hystérectomies totales, 9,68 0/0 de mortalité, et sur 1058 hystérectomies subtotales, seulement 4.50 0/0 de mortalité.

Les résultats de la pratique de M. de Rouville, de juillet 1906 à juin 1910 et dont nous donnons dans ce travail la justification, nous donne une mortalité égale à 0, soit pour l'hystérectomie totale, soit pour la subtotale.

De même, les suites éloignées sont meilleures dans la subtotale que dans la totale. En 1903 déjà, J.-L. Faure signalait à cet égard un avantage de la subtotale : « La conservation du col utérin, disait-il, n'est pas sans importance au point de vue de la statique pelvienne et des seules fonctions que le vagin puisse encore accomplir. » Il est certain que la présence du col contribue à consolider le plancher pelvien. On peut ajouter également, avec Daniel, que « la conservation du col laisse au fond du vagin sa disposition naturelle et contribue à en faire un *vagin confortable.* » Il n'est pas rare, au contraire, après la totale, d'avoir à constater des fistules ou des brides cicatricielles rendant le coït douloureux.

Il est un autre argument qu'invoquent les partisans de la subtotale, et que nous devons signaler : l'état mental de certaines malades peut-être fâcheusement influencée par la castration et surtout chez certaines nerveuses et prédisposées. En laissant la partie intra-vaginale du col, la subtotale laissera au médecin la possibilité de persuader à telle de ses malades qu'elle n'est pas totalement privée de ses organes génitaux, qu' « elle est toujours une femme ».

On a pu faire quelques objections à la subtotale. En vérité, elles ne paraissent guère fondées. On reproche, en

---

(1) Congrès français de chirurgie 1899.

effet, à la castration subtotale de donner lieu à des accidents primitifs et secondaires de rétention septique et enfin à certains accidents tardifs.

Ce seraient les défectuosités du drainage dans la subtotale qui causeraient les accidents de rétention immédiats. A cela, nous répondrons que nous avons déjà montré que le drainage abdominal pouvait être suffisant, et qu'il était même des cas dans lesquels on pouvait s'abstenir complètement de drainer. Nous avons vu également qu'on peut, après une subtotale, tout aussi bien qu'après une totale, établir un drainage vaginal.

Un col septique et purulent, laissé en place, ne constituera-t-il pas un danger pour la cavité pelvienne ? A cette objection, nous répondrons que nous considérons, en effet, cet état du col comme une des rares indications de la totale. Avec Belbèze (1), nous n'admettons pas que les lésions métritiques du col rendent l'ablation totale toujours obligatoire. Nous avons vu, en effet, qu'il est très facile de faire l'asepsie du moignon cervical et de faire au thermocautère la destruction de la muqueuse.

Est-il vrai, enfin, que la subtotale expose l'opérée à des dégénérescences malignes du col ? Ces faits n'ont été qu'exceptionnellement signalés et doivent être considérés comme une coïncidence.

M. le professeur de Rouville, même en présence de l'association aux lésions annexielles d'un fibrome du corps utérin assez haut situé, n'hésite pas à pratiquer une subtotale. Au contraire, en cas de fibrome du col, on effectuera toujours une totale.

En résumé, on voit que la méthode de choix dans le trai-

---

(1) Thèse Lyon, 1909.

tement des inflammations annexielles par la laparotomie, sera la subtotale, à cause de la rapidité et de la facilité de l'opération d'abord, à cause ensuite des chances plus grandes d'asepsie opératoire et post-opératoire ; enfin, parce que les résultats immédiats et éloignés sont meilleurs.

CHAPITRE V

TRAITEMENT CHIRURGICAL CONSERVATEUR

Obs. LXXII. — Mme P..., 35 ans, Arles-sur-Rhône.

Réglée à 16 ans. Dysménorrhée légère (avance 4-5 jours) ; quelques pertes blanches. Mariée à 19 ans. Premier accouchement à 8 mois, un an après le mariage, suites normales. Depuis lors, douleurs dans le bas-ventre et les lombes. En 1891, deuxième accouchement ; suites normales, se lève au dixième jour. En 1898, avortement de 2 mois, suites normales, levée au troisième jour. 4 mois avant d'entrer à l'hôpital les douleurs se sont irradiées dans la cuisse droite (sciatique).

Examen (la malade étant en position latérale gauche). — Périnée partiellement déchiré ; cystocèle vaginale. Col haut et en avant. Culs-de-sac latéraux normaux. Dans le cul-de-sac postérieur, masse dure, rénitente, mobilisée par pression digitale forte : c'est le corps en rétroversion très prononcée. Soignée quelque temps chez M. Carrieu pour *sciatique,* elle entre le 20 juin dans le service.

Opération le 27 juin. Laparotomie. Le fond de l'utérus regarde tout à fait en bas, assez gros, mais paraît sain. Annexes gauches saines ; on les laisse. Les annexes droites sont malades ; ovaire gros, sclérokystique. Trompe augmentée de volume, moniliforme (ablation). Hystéropexie par les ligaments ronds (Doléris-Richelot) à l'aide de trois solides catguts. Suture de la paroi à trois plans, sans drainage.

Examen des pièces. — Ovaire droit doublé de volume. Nombreux petits kystes à contenu transparent. Gros kyste hématique tapissé à l'intérieur de nombreux strates fibrineux, entre lesquels se sont faites des hémorragies plus récentes les ayant décollées partiellement. Trompe non perméable, contenant caillots sanguins.

Suites opératoires. — Parfaites. Sciatique et douleurs lombaires (mal de Pott confirmé par ophtalmo-réaction) persistent. Les douleurs abdominales ont complètement disparu.

En janvier 1909, M. le professeur de Rouville apprend que Mme P... a accouché d'un enfant à terme dans d'excellentes conditions.

Obs. LXXIII. — Mme E..., 28 ans, Vic-les-Etangs (Hérault). Entre pour douleurs lombo-pelviennes.

Réglée à 17 ans, très abondamment (5 à 8 jours) avec caillots. Violentes douleurs le premier jour des règles ; pas de pertes blanches.

Mariée à 23 ans. Accouchement 10 mois après, normal. Un mois après, les règles reparaissent, plus douloureuses qu'avant. En 1904, pendant 20 jours, pertes blanches très abondantes, qui cessent pour céder la place à une métrorragie. 3 curettages en 3 semaines. Les douleurs cessent, mais les règles restent abondantes et longues (8 jours).

Examen. — Utérus gros, très mobile, lourd, en rétroversion accentuée, réductible. Hystérométrie : 8 cm. ; on ne sent pas les annexes.

Traitement, du 12 au 22 juin, par pansements utérins, après dilatation par laminaire, puis Hégar. Aucun résultat.

Laparotomie le 24 juin. — Utérus gros, de consistance normale, rétroflexion très accentuée, annexes droites sai-

nes. Ovaire gauche gros, scléro-kystique, trompe gauche très rouge, congestionnée, en chapelet. Ablation entre deux pinces. Hystéropexie antérieure par les ligaments ronds (Doléris-Richelot). Ablation des annexes gauches. Suture de la paroi à 3 plans, sans drainage.

Examen des pièces. — Trompe doublée de volume, tout à fait adhérente à l'ovaire, contre lequel est plaqué le pavillon, qui a perdu l'indépendance de ses franges et s'est coalescé à l'ovaire. Une incision longitudinale de la trompe fait découvrir deux collections sanguines qui occupent les renflements de cet organe. Ovaire scléro-kystique.

Suites opératoires. — Sort le 17 juillet en guérison parfaite. Aucun incident. Le 25 juillet, la malade écrit qu'elle ne souffre plus du tout du ventre et demande si elle doit prendre des injections.

Obs. LXXIV (Salpingo-ovarite double. — Pyosalpinx et abcès péritonéal attenant à la trompe. — Ablation des annexes droites, résection de l'ovaire gauche. — Guérison suivie de *grossesse*). — Mme E. C..., sans profession, 21 ans, entre dans le service de M. le professeur de Rouville le 19 novembre 1907, pour douleurs dans le bas-ventre, très anciennes à gauche, récentes à droite.

Réglée à 14 ans, d'une façon régulière, et pendant trois jours ; ses règles étaient abondantes, sans caillots, ni leucorrhée, mais accompagnées de dysménorrhée assez violente. Le 22 novembre 1904, en pleines règles, la malade ayant pris un bain, eut une violente hémorragie, suivie d'un écoulement sanguin assez abondant. Avant cette hémorragie, pas de suppression des règles. Le 3 décembre, bien que perdant encore, elle se marie. Le 9, l'hémorragie s'arrête, pour reprendre le 12. Elle est alors obligée de s'aliter et expulse de nombreux caillots noirâtres. Le

14 décembre, elle entre à la Maternité où on la soigne par des injections chaudes et des tamponnements. Au bout de trente-trois jours, la malade quitte volontairement la Maternité ; elle ne perd plus, mais souffre du bas-ventre, avec irradiations dans les lombes. Elle retourne quelques jours après à la consultation de la Maternité ; on lui propose un curettage, qu'elle refuse. Les douleurs vont s'atténuant jusqu'en mars 1905, et disparaissent alors. Les règles reviennent dès lors régulières, de même durée et quantité qu'avant la maladie, avec même un peu moins de dysménorrhée.

En août 1905, absence des règles et fin septembre, pendant les vendanges, à la suite, dit-elle, de violentes secousses ressenties par elle sur un véhicule, elle éprouve de violentes douleurs et a une forte hémorragie avec caillots et débris de membrane. Les règles ne reparaissent pas les mois suivants, et neuf mois et demi après, c'est-à-dire seize mois avant son entrée à l'hôpital, elle accouche à la Maternité, après une bonne grossesse. Bonnes suites de couches ; ni hémorragies, ni infection ; elle nourrit quatorze mois. Pendant l'aménorrhée, peu ou pas de douleurs. Dès la réapparition des règles, vives douleurs dans le bas-ventre, à gauche, et surtout à droite. Pertes rouges ou blanches dans l'intervalle des règles, d'abord intermittentes, puis continuelles.

A son entrée à l'hôpital, la malade a des pertes sanguinolentes assez abondantes, et éprouve des douleurs très vives des deux côtés du bas-ventre, non calmées par le décubitus dorsal.

A l'examen, l'inspection n'offre rien de particulier. A la palpation, la région des annexes est très douloureuse, surtout à droite. Défense musculaire très vive.

Au toucher, bonne musculature péritonéale, vagin nor-

mal ; rien dans les culs-de-sac antérieur, postérieur et latéral gauche. Dans le cul-de-sac latéral droit on sent une tuméfaction haut située, mobile, lisse, et ne se prolongeant pas dans le cul-de-sac postérieur. Cette tuméfaction n'empêche pas la main abdominale d'entrer en contact avec les doigts intra-vaginaux. Le col est gros, bien en place. L'utérus est gros, mobile, mais douloureux, fortement dévié à droite.

L'introduction de l'hystéromètre est impossible, à cause de cette déviation. On procède à l'hystérométrie à l'aide d'une petite bougie d'Hegar, qui donne comme mensuration 0,08 cm. à 0,08 cm. 1/2 environ.

Pas de température, urine normale.

Le 4 décembre 1907, on pratique la laparotomie. La paroi est très vasculaire. L'utérus est gros et vascularisé. Soulevé avec une pince, on n'aperçoit pas les annexes droites, qui sont fortement adhérentes au cul-de-sac latéral droit. Après avoir garni de compresses le petit bassin, on essaie de décortiquer les annexes, ce qui amène la rupture d'un abcès d'où s'écoule un pus séreux. On arrive alors facilement à énucléer trompe et ovaires droits. L'ovaire est scléreux et très dur, sans kystes ; il est atrophié. La trompe correspondante est volumineuse, tuméfiée, très rouge et bosselée. On procède alors à l'ablation de ces annexes. A gauche, la trompe et l'ovaire paraissent moins malades. Un examen plus minutieux montre la trompe saine, et l'ovaire renfermant un kyste hématique d'un gros corps jaune, qui est réséqué entièrement. Le reste de l'ovaire, qui renferme de petits kystes séreux, est ignipuncturé. Fermeture par un surjet de catgut ; résection d'un morceau d'épiploon, peut-être souillé par le pus écoulé de l'abcès ; nettoyage sérieux du Douglas, dans lequel on met un drain de Tuffier, avec deux mè-

ches de gaze placées latéralement. Fermeture de la paroi à trois plans.

Immédiatement après l'opération, injection sous-cutanée de sérum artificiel.

L'examen anatomo-pathologique de la trompe enlevée fournit la démonstration évidente de la formation et du siège de l'abcès ouvert pendant l'opération. En pressant sur la bosselure la plus externe, on fait sourdre du pus par l'ostium abdominale. Il y a aussi du pus dans les deux autres bosselures internes. Le mécanisme de la formation de l'abcès a donc été le suivant : Pyosalpinx ; chute de quelques gouttes de pus par l'ostium abdominale dans le péritoine ; péritonite enkystée suppurée limitée par des adhérences à l'intestin et aux franges du pavillon.

Le pus a été reconnu aseptique par l'examen microscopique et les cultures.

Suites opératoires excellentes. Au troisième jour, le pouls est à 73 et y reste.

Ablation du drain et d'une mèche de gaze au troisième jour. Il est impossible de trouver l'autre gaze.

La malade sort volontairement avec une fistule purulente le 10 janvier 1908.

Elle revient le 14, souffrant du ventre, et le 15 on peut retirer la mèche de gaze, avec une pince de Kocher. Il sort du pus en quantité. La malade rentre chez elle, mais deux jours après, ayant beaucoup souffert, elle revient se faire examiner.

Elle rentre à nouveau dans le service, et le 23 janvier on lui fait une colpotomie postérieure et on draine le Douglas. La plaie est complètement fermée au vingtième jour. La malade sort complètement rétablie.

Il y a à peine un mois, le 20 juin 1909, Mme E. C... vient trouver M. le professeur de Rouville. Les fonctions de

son appareil génital sont parfaites, telles même, dit-elle, qu'elle ne les avait jamais eues depuis son mariage. Elle est enceinte de trois mois environ et a eu jusqu'ici une grossesse absolument normale.

Obs. LXXV (Hystéropexie. — Ablation de l'ovaire gauche). — Mme E... (G.), 37 ans, Pézenas, cours Molière. Entre le 3 août 1907.

Réglée à 17 ans. Pas de règles de 17 à 18 ans. A 18 ans, règles régulières (retard de quatre jours) ; quatre accouchements (aux trois premiers, rien à signaler). Pendant la quatrième grossesse, douleurs abdominales vives, nausées, vomissements. Entre chez M. Tédenat (remplacé par M. de Rouville). Le diagnostic hésite entre fibrome postérieur ou grossesse extra-utérine. Laparotomie. Utérus gravide de 3 mois, en rétroflexion ; réduction et ablation de l'ovaire gauche scléro-kystique. Accouchement normal, cinq mois après.

Début de la maladie actuelle. — Il y a un an, ventre augmenté de volume dans position verticale, normal dans position horizontale. Douleurs généralisées à tout l'abdomen, plus vives au niveau de l'ombilic.

Examen. — A droite de la ligne médiane abdominale, tumeur du volume d'une grosse orange, qui se réduit quand la malade se couche. Eventration. Col déchiré transversalement, regardant en avant. Dans le cul-de-sac postérieur : corps de l'utérus. Rien du côté des annexes.

Laparotomie le 7 août 1907. — Hystéropexie (Doléris-Richelot). Reconstitution exacte de la paroi. Annexes droites saines ; on les laisse.

Suites opératoires. — Après une légère suppuration de la paroi, la malade sort, le 19 septembre, en excellent état. Ceinture de flanelle et ceinture hypogastrique.

Obs. LXXVI. — Mme R..., 22 ans, Montpellier. Entre le 2 juillet 1907 pour douleurs dans le ventre et hémorragies.

Réglée à 12 ans, normalement. Mariée à 20 ans. Un enfant. Fièvre après son accouchement. Levée au troisième jour. Depuis lors, plusieurs fois par mois, hémorragies durant de 5 à 10 jours. Légères douleurs abdominales ; pas de pertes blanches.

Examen. — Col gros ; utérus en antéversion légère ; dans le cul-de-sac postérieur, grosse masse molle, élastique, peu douloureuse, débordant l'utérus par en haut. Dans le cul-de-sac latéral droit, petite masse roulant sous le doigt, douloureuse à la pression. Le doigt ramène une sécrétion muco-purulente.

Du 2 au 26 juillet, traitement médical sans résultats.

Laparotomie le 26 juillet. — Utérus assez gros. Ovaire gauche : plusieurs kystes hématiques. Trompe gauche saine, mais comme il faut sacrifier l'ovaire, on l'enlève. Ovaire droit scléro-kystique : ignipuncture ; mais un point donnant du sang : résection partielle de l'ovaire et suture au catgut.

Fermeture de la paroi sans drainage Agrafes de Michel.

Guérison parfaite sans incidents. Sortie le 19 août 1907.

Revu la malade le 15 octobre . Souffre pendant les deux jours qui précèdent ses règles. *A gauche,* on a enlevé les annexes ! Les hémorragies ont complètement disparu.

Revu la malade en décembre, allant beaucoup mieux.

Obs. LXXVII. — Mme D..., 31 ans, couturière, en ville. La malade a toujours été bien réglée. En novembre 1899, accouchement normal. En 1902, pendant les règles, très forte hémorragie. En 1906, soignée médicalement à la clinique pour double salpingo-ovarite. Amélioration. En mars

1907, douleurs très vives dans la fosse iliaque droite. Tout rentre dans l'ordre au bout de 24 heures.

Etat actuel. — Lésions annexielles disparues. Utérus s'est mobilisé. Kyste de l'ovaire remontant jusqu'à l'ombilic.

Laparotomie le 16 mai 1907. — Incision du pubis jusqu'au-delà du pôle, siège du kyste. Ablation du kyste sans ponction. Ablation des annexes gauches (ovaire scléro-kystique, trompe hypertrophiée). L'utérus est laissé en place. Drain dans le Douglas à cause d'un léger suintement. Fermeture de la paroi trois plans.

Suites opératoires. — Guérison parfaite, sans incidents. La malade sort le 1er juin.

Poids du kyste : 4 k. 500.

Revu la malade en décembre 1907. Elle se plaint de troubles nerveux, non augmentés au moment de ses règles. N'a pas eu de rapports sexuels depuis son opération.

Obs. LXXVIII. — Mme L..., 34 ans, en ville. Entre le 22 janvier 1907.

Réglée à 9 ans 1/2, normalement jusqu'à son mariage. Depuis 13 ans, douleurs discontinues dans le bas-ventre. Les douleurs datent de son premier accouchement, normal. Rétention d'urine. Son médecin la sonde pendant six mois. Pendant 9 ans, elle souffre et a des pertes blanches glaireuses. Il y a un an, entre chez M. Tédenat ; elle y reste 2 mois 1/2 : pansements utérins. Amélioration pendant 2 mois 1/2, puis pertes et douleurs reviennent, douleurs après les règles, qui durent 3-4 jours, siégeant dans tout le bas-ventre et les reins.

Examen. — Palpation à gauche douloureuse. Col fendu transversalement ; lèvre antérieure dure. Utérus gros, fond à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse.

Antéflexion. Mobile. Dans le cul-de-sac antérieur, on sent le corps ; dans le cul-de-sac postérieur, on sent les annexes droites, dont l'ovaire roule sous le doigt. Cul-de-sac latéral gauche : annexite gauche. Rien dans le cul-de-sac latéral droit.

Laparotomie le 16 février 1907. — Trompes absolument saines et mobiles ; ovaire gauche un peu augmenté de volume et scléro-kystique : ignipuncture ; l'ovaire droit, doublé de volume, scléro-kystique, renferme un gros kyste hématique : extirpation de cet ovaire. Utérus en rétroversion, mobile. Hystéropexie abdominale (Doléris-Richelot). Fermeture de la paroi à trois étages, sans drainage.

Suites opératoires. — Parfaites. Guérison.

Obs. LXXIX. — Mme H..., 32 ans, à Cette.

Rentre le 11 septembre 1907 parce qu'elle souffre du ventre. Deux séjours précédents : en mai 1906 pour cautérisation au thermocautère de follicules uréthraux, et en octobre 1906 pour résection de la muqueuse uréthrale.

La malade, qui a toujours eu des pertes blanches tachant et empesant le linge, se plaint depuis deux mois de douleurs abdominales, surtout nocturnes, localisées au côté droit du bas-ventre. Au moment des règles, recrudescence des douleurs l'obligeant à garder le lit.

Examen. — Sur le pourtour du méat urinaire, quelques points rouge vif. Vagin très étroit, en entonnoir. Col pas très gros, dur. Utérus en antéversion légère, mobile. Dans le cul-de-sac latéral droit : annexes augmentées de volume, très douloureuses à la pression. Dans le cul-de-sac latéral gauche : annexes peu volumineuses. Ovaire en prolapsus partiel dans le Douglas.

Laparotomie le 1er octobre. — Utérus petit, position nor-

male. Annexes gauches saines. Ovaire gauche scléreux et gyratus : on le ponctionne au thermocautère et on brûle un petit kyste qui se trouve sur le ligament de l'ovaire. A droite, trompe saine, ovaire gros, étalé en surface, renferme un kyste hématique (noisette). Ablation des annexes droites. Cautérisation au thermocautère du moignon. Reconstitution de la paroi à 3 plans au catgut. Pas de drainage.

Obs. LXXX (Ablation des annexes droites par le vagin). — Mme G..., 21 ans, en ville.

Réglée à 11 ans, irrégulièrement, peu abondamment. Règles rosées (8 jours). Souvent, suspension des règles de 2-3 mois. Réglée seulement 4-5 fois par an.

Mariée à 17 ans. Ni avortement, ni accouchement. Depuis son mariage, pertes blanches verdâtres. Il y a un an et demi, pelvi-péritonite. Séjour dans le service de M. Forgue. Depuis, a toujours souffert du ventre, surtout à droite. Rapports conjugaux très douloureux.

Examen. — Col souple, regarde en arrière. Utérus mobile. Dans le cul-de-sac latéral droit, masse annexielle très basse et très mobile. Rien dans le cul-de-sac latéral gauche. Cul-de-sac postérieur normal.

Colpotomie postérieure le 18 juillet. — Avec beaucoup de peine, on décortique les annexes droites après les avoir saisies avec une pince ; on amène ainsi dans le vagin l'ovaire et la trompe et on lie le pédicule avec un catgut. Drainage de Douglas avec une mèche aseptique ; mèche dans le vagin.

Examen des pièces. — Ovaire très gros, scléro-kystique, très adhérent à la trompe, dilatée, à parois épaissies : hydrosalpinx du volume d'une noix ; pavillon oblitéré.

Suites opératoires. — Parfaites. La malade sort guérie le 1er août.

Revue plus tard, beaucoup engraissée et ne souffrant plus.

Obs. LXXXI (Ablation des annexes gauches). — Mme D..., 28 ans, journalière. Entre pour douleurs abdominales siégeant du côté gauche.

Réglée à 16 ans. Règles irrégulières, peu abondantes, douloureuses, sans caillots, 1-2 jours. Mariée à 16 ans. Premier accouchement à 17 ans. Alitement trois mois avant ses couches (éclampsie), forceps. Un mois après, douleurs dans le bas-ventre, cessant lors du deuxième accouchement (normal). A 20 ans, avortement de 2 mois 1/2, dû à un violent effort, suivi d'une forte hémorragie non soignée. Curettage deux mois après. Trois semaines après, violentes douleurs dans le côté gauche du bas-ventre (annexite soignée médicalement : amélioration). Pendant ces deux dernières années, pertes rouges constantes et douleurs dans le bas-ventre. Il y a quatre jours, après un traumatisme, forte hémorragie, suivie de violentes douleurs. Elle entre à l'hôpital.

Examen. — A la palpation, petite douleur dans la fosse iliaque gauche. Col long. Culs-de-sac antérieur et latéral droit libres. Cul-de-sac latéral gauche : masse distincte de l'utérus, séparé par un sillon, douloureuse, souple, pseudo-fluctuante. Pansements utérins. Dilatation à laminaire.

Le 3 novembre, ablation de l'ovaire gauche et de la trompe (hydrosalpinx).

Suites opératoires. — Parfaites. Guérison.

Obs. LXXXII. — Mme J..., Saint-Gaudens. (Hystéropexie. Ablation des annexes gauches. Résection de l'ovaire

droit). Entre le 13 novembre pour douleurs dans le bas-ventre et pertes blanches.

Réglée peu avant son mariage. Mariée à 15 ans. Règles régulières (5-6 jours). Un peu de dysménorrhée ovarienne. Ni caillots, ni pertes blanches. A 19 ans, grossesse et accouchements normaux. Quatre ans après, deuxième accouchement normal (levée 4 jours après). Puis, de 2 ans en 2 ans, 3 grossesses normales. Dans l'intervalle de ces 3 grossesses, la malade souffrait parfois du bas-ventre et, après les règles, avait des pertes blanches peu abondantes. Il y a 2 ans, c'est-à-dire après son dernier accouchement, les douleurs deviennent presque continuelles. La malade interrompt son travail, puis rentre à l'Hôpital.

Examen. — Annexes gauches douloureuses à la palpation. Col en avant et gros, dur, déchiré à gauche. Cul-de-sac antérieur et latéral droit libre. Cul-de-sac postérieur occupé par une tumeur, qui lie l'utérus, en rétroversion très prononcée. Cul-de-sac latéral gauche douloureux à la pression. Ovaire augmenté de volume et douloureux. A peine sent-on la trompe sous le doigt. Hystérométrie avec un Hégar : 8 cm. 1/2.

Opération le 19 novembre 1907. — Utérus tout à fait basculé dans le Douglas. Réduction facile, ablation de l'ovaire et de la trompe gauche. Trompe droite saine ; ovaire droit renferme un kyste hématique, que l'on résèque. Hystéropexie abdominale (Doléris-Richelot). Fermeture sans drainage.

Examen des pièces. — Ovaire gauche renferme de nombreux kystes citrins, plus un gros kyste folliculaire hématique et un gros kyste hématique d'un gros corps jaune. Trompe gauche perméable.

Suites opératoires. — Parfaites. Revue en février 1908.

Obs. LXXXIII (Ablation des annexes droites). — Mme C..., 21 ans, en ville. Entre pour douleurs dans le bas-ventre, très anciennes à gauche, récentes à droite.

Réglée à 14 ans, tous les 25 jours (3 jours). Pas de leucorrhée. Dysménorrhée utérine assez vive. En novembre 1904, pendant les règles, bain, suivi de violente hémorragie, suivi d'écoulement sanguin continuel assez abondant. Le 3 décembre, bien que perdant encore, elle se marie. L'hémorragie s'arrête le 9 et reprend le 12. Alitement ; nombreux caillots noirâtres. Traitement médical à la Maternité pendant 33 jours. Amélioration jusqu'en mars 1905. De mars à août 1905, règles régulières, normales, sans dysménorrhée. En août 1905, absence de règles. En septembre, hémorragie avec caillots et débris de membranes. 9 mois 1/2 après, c'est-à-dire il y a 16 mois, elle accouche à la Maternité. Bonnes suites de couches. Dès la réapparition des règles, douleurs dans hypochondre droit. Pertes blanches ou rouges pendant l'intervalle des règles, d'abord intermittentes, puis continuelles depuis 20 jours.

Examen. — Palpation de la région annexielle douloureuse, surtout à droite. Rien dans le cul-de-sac antérieur ni dans le cul-de-sac postérieur. Dans le cul-de-sac latéral droit, tuméfaction haut située, mobile, lisse, ne se prolongeant pas dans le cul-de-sac postérieur. Col gros, bien en place. Utérus mobile, mais douloureux, ni anté, ni rétro-déviation. Probablement, latéro-flexion. Hystérométrie à l'Hégar : 8 cm. 1/2.

Laparotomie le 4 décembre 1907. — Utérus gros, très vasculaire, en place. Annexes droites très adhérentes, profondément au cul-de-sac latéral droit. Abcès avec pus séreux, qui s'écoule dans les compresses qui garnissent le petit bassin. Enucléation des trompe et ovaire droits.

Ovaire scléreux et très dur, sans kystes, atrophié. Trompe longue, très rouge, bosselée, moniliforme...

.....

Suites opératoires. — Parfaites. Guérison.

Obs. LXXXIV (Ablation des annexes gauches). — Mme C..., 40 ans, lessiveuse, en ville. Entre pour douleur siégeant du côté gauche.

Réglée à 12 ans, normalement. Mariée à 17 ans. De 17 à 21 ans, trois accouchements (rien à signaler). A 21 ans, douleurs abdominales siégeant principalement à gauche et dans la partie médiane. Injections. Saison à Balaruc. Un an après, les douleurs persistent. Entre à la Maternité. Pointes de feu, curettage. Consécutivement, forte hémorragie, douleurs. A 25 ans, nouveau séjour à la Maternité, où on l'opère d'un kyste de l'ovaire (?) gauche, par la voie vaginale. Il y a deux ans, ces douleurs reprennent par intermittences. Entre à l'Hôpital. Toujours peu de pertes.

Examen. — Col volumineux, en massue, en arrière. Lèvre postérieure déchirée. Culs-de-sac antérieur et droit libres. Cul-de-sac postérieur coudé par col. Dans le cul-de-sac gauche, on sent les annexes douloureuses. Utérus mobile, augmenté de volume.

Laparotomie le 12 janvier. — Utérus normal, fixé par quelques adhérences fibreuses à l'épiploon, mais c'est surtout la trompe gauche qui est fixée par des adhérences extrêmement volumineuses et contenant une certaine quantité de pus. Ovariosalpingotomie gauche.

Suites opératoires. — Rien à signaler. Guérison.

Obs. LXXXV (Résection de l'ovaire gauche). — Mme G..., 36 ans, ménagère. Entre le 20 novembre pour douleurs

sourdes dans les lombes gauches et le bas-ventre et vive douleur dans le vagin.

Réglée à 12 ans, normalement. Marié à 29 ans. Règles régulières les 15 premiers mois, puis grossesse normale ; suites normales. Les règles se réinstallent un mois après. Par intermittences, douleurs sourdes dans le bas-ventre et les lombes gauches. Depuis un an après son mariage, vives douleurs dans le vagin à la moindre dilatation, plus vives depuis l'accouchement, empêchant tous rapports conjugaux.

Examen (25 novembre). — Nécessite anesthésie générale à cause des douleurs vaginales. Col gros, dur, orifice circulaire. Lèvre antérieure épaissie, quelques œufs de Naboth. Utérus mobile, gros, un peu dévié à droite. Fond à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse. Rien aux annexes à droite. Dans le cul-de-sac gauche, ovaire roulant sous le doigt, probablement scléro-kystique. Hystérométrie : 7 cm. 1/4.

Laparotomie le 18 décembre. — Utérus en place, un peu gros, pas d'adhérences. Annexes droites saines. Ovaire gauche porte un kyste hématique du volume d'une petite noisette, dans un corps jaune. Ce kyste est ouvert à l'extérieur. Résection du kyste et cautérisation du reste de l'ovaire ; ponction au thermocautère de deux ou trois kystes folliculaires. Trompe saine. Dilatation de la région vulvo-vaginale au spéculum. Suture de la paroi abdominale à trois plans, sans drainage.

Suites opératoires. — Parfaites. Revue en octobre 1909, en excellent état sous tous les rapports.

Obs. LXXXVI (Salpingite parenchymateuse fongueuse. — Abcès intra-péritonéal sous-tubaire). — Mme X..., Arles.

Laparotomie le 21 décembre 1907. Dans le petit bassin, à la place occupée normalement par l'utérus et se prolongeant un peu à droite : tumeur molle. On se demande si ce n'est pas l'utérus gravide. On déchire les adhérences de la face postérieure de cette tumeur avec le sacrum et on crève un énorme abcès. Après isolement aseptique et ponction avec l'aiguille moyenne de Potain (2 gouttes de pus épais), on mobilise cette tumeur et on voit l'utérus normal refoulé à gauche dans le petit bassin. Deux pinces de Kocher sur le ligament large, l'une sur le bord de l'utérus, l'autre du côté des annexes droites. Section entre les deux pinces. Décollement facile des annexes. Pince sur le pédicule ovarien. Ce qu'on a enlevé, c'est la trompe et l'ovaire, transformé en gros abcès (mandarine). Bord droit de l'utérus dépéritonisé. On fait avec un catgut un toit du moignon tubaire et cautérise au thermocautère. Réunion par un surjet des deux feuillets du ligament large. Ligature du pédicule ovarien et on arrive avec le bord externe du ligament large, qu'on ramène sur le bord droit avivé de l'utérus, à péritoniser ce bord de l'utérus. Annexes gauches : trompe saine. Ovaire polykystique légèrement adhérent ; on le libère et on cautérise au thermocautère tous les kystes. Gros drain en arrière de l'utérus. Fermeture du ventre à trois plans de suture.

Examen des pièces. — Gros ovaire droit complètement transformé en abcès. On aperçoit un corps jaune de la dernière et récente menstruation. Trompe droite très épaissie, remplis de fongosités purulentes. Au-dessous de la trompe, très adhérente, on a dû enlever par décollement une assez grande portion du ligament large, et à la partie inférieure de ce péritoine enlevé, on trouve une cavité pleine de pus ; c'était donc un abcès péritonéal.

Suites opératoires. — Très bonnes. Excellent état le 21 janvier 1908.

Obs. LXXXVII. — Mme P..., 35 ans, en ville. Entre le 9 janvier pour douleurs et pertes rouges.

Réglée à 14 ans, normalement. Mariée à 25 ans. Trois accouchements normaux, suites normales. Un avortement de 2 mois (voyage ?) il y a un an et demi. Hémorragies pendant 8 à 9 jours. Depuis, ménorrhagie, caillots. La malade a eu ses règles le 30 décembre. Le 11 janvier, métrorragie jusqu'au 16. Règles le 7 février.

Examen. — Douleur dans le bas-ventre et à droite. Rein flottant. Utérus en anté-verso-flexion, très mobile. Dans le cul-de-sac latéral droit : tumeur annexielle, qui va à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Tuméfaction très dure et très douloureuse. Cul-de-sac latéral gauche : ovaire scléro-kystique (?) Muqueuse endocervicale congestionnée. Hystérométrie : 8 cm. 1/2.

Laparotomie le 11 février. — Kyste inclus du ligament large droit. Enucléation. Cautérisation au thermocautère du moignon tubaire. Fermeture sans drainage de la paroi à 3 plans.

Examen des pièces. —Paroi intérieure du kyste lisse, avec quelques points jaunâtres, d'aspect caséeux. Trompe : paroi interne (1/3 interne) normale. Ostium utérinum perméable ; 2/3 externes augmentés de volume (petit doigt) ; parois très épaisses ; muqueuse fongueuse. Pavillon oblitéré ; franges recroquevillées en dedans.

Liquide du kyste (examiné par M. Derrien) : 30 cc., fluide, jaune ambré ; une goutte ou deux de sang étant tombées dans le vase où on le recueille, se coagule bientôt, donnant un caillot qui laisse exsuder un sérum.

I. *Caillot* : répond à une teneur *de fibrinogène* du liquide calculé en fibrine. 0,25. 0/0

II. *Sérums* : Matières dissoutes (Extrait sec à 110°) . 9 gr. 0/0
Matières albuminoïdes . . . . . 8 g. 3 0/0
Pas de paralbuminose pseudo mucine).

En résumé, ce liquide séreux a une composition qui se rapproche du plasma sanguin.

Suites opératoires. —Excellentes, pas d'incidents.

Obs. LXXXVIII (Hystéropexie. — Résection et ignipuncture de l'ovaire gauche). — Mme M..., 31 ans, en ville.

. . . . . .

Laparotomie le 18 février. — Ovaire droit, petit, scléreux, avec quelques kystes. Trompe droite, saine ; on la laisse. Ovaire gauche doublé de volume, renferme un kyste hématique gros comme un pois, qu'on résèque. Suture de l'ovaire avec un surjet de catgut et ignipuncture de plusieurs petits kystes folliculaires. Hystéropexie abdominale (Doléris-Richelot) avec deux fils de catgut. Suture de la paroi à 3 plans, sans drainage.

Suites opératoires. — Excellentes. Guérison.

Obs. LXXXIX (Hystéropexie. — Ablation des annexes droites. Ignipuncture des ovaires gauches). — Mme A... entre pour douleurs abdominales, flanc et fosse iliaque droite, épigastre. Pas de pertes blanches.

Réglée à 16 ans. Dysménorrhée ovarienne abondante, 4 jours. Trois enfants ; grossesses normales, accouchements normaux ; suites bonnes. Dernier accouchement il y a deux ans. Après, a présenté des pertes jaunâtres fétides, disparues après injections. Au septième mois, règles revenues ; puis reste trois mois sans être réglée ; puis ménorragies et métrorragies.

Examen. — Paroi très flasque. Pas de rein mobile « comme autrefois » (?). Col un peu gros, bas dans le vagin, légère érosion. Utérus excessivement mobile. Annexes un peu perceptibles des deux côtés.

Laparotomie le 9 mai 1908. — Hystéropexie et ablation des annexes droites. Ignipuncture de l'ovaire gauche.

Suites opératoires. — Guérison complète.

Obs. XC (Hystéropexie. — Ablation des ovaires gauches. — Résection des ovaires droits). — Mme L..., 33 ans. Entre pour douleurs épigastriques et dans le bas-ventre.

Réglée à 14 ans. Dysménorrhée pendant un an. Règles régulières, peu abondantes avant le mariage. Six accouchements normaux et réguliers. Quatre mois après le dernier accouchement (novembre 1906), les règles ont apparu régulièrement, peu abondantes (5-6 jours). Le 5 février 1908, jour du début des règles, crises gastriques et douleurs dans le bas-ventre. Ténesme rectal.

Le 12 mai 1908, à son entrée à l'hôpital, suralimentation, cacodylate, etc.

Examen. — Rétroflexion utérine très marquée. Du côté gauche, tumeur remontant un peu haut, à une ligne allant d'une épine iliaque à l'autre, douloureuse (salpingo-ovarite). Le 25 mai, disparition de la tumeur du côté gauche.

Laparotomie le 2 juin. — Utérus en rétro-flexion. Annexes gauches scléro-kystiques avec adhérences légères. Trompe volumineuse (petits kystes), très congestionnée. Ablation. A droite, kyste qui se rompt : résection, suture. Hystéropexie.

Suites opératoires. — Parfaites. Guérison.

Obs XCI. — Mme J..., 32 ans, Arles. Entre en octobre pour douleurs abdominales remontant à 4 ou 5 mois.

Règles à 17 ans, régulièrement, avancées de 4-5 jours, assez abondantes, caillots. Douleurs avant cependant ; pas de leucorrhée. Accouchement à terme à 17 ans. Il y a deux ans, fausse couche de 5 à 6 semaines. Depuis, douleurs abdominales, exagérées pendant les règles. Leucorrhée légère.

Examen. — Paroi forte, mais ptosique. Légère réaction douloureuse dans la fosse iliaque gauche. Rein mobile droit perceptible. Col en position haute, régulier, transversalement ouvert, déchiré à gauche. Cul-de-sac antérieur souple, libre. Cul-de-sac postérieur : tuméfaction légère, ne débordant pas latéralement, légèrement douloureux, difficile à refouler. Crête médiane perceptible : c'est le corps utérin en rétroflexion. Culs-de-sac latéraux : gauche : douloureux, souple ; droit : indolore, pas de tuméfaction.

Intervention le 28 octobre. — Hystéropexie abdominale et ignipuncture des deux ovaires. Annexes gauches microkystiques ; à droite, idem, mais lésions moins avancées. Des deux côtés, adhérences tubo-ovariennes épaisses, maintenant le pavillon en position défectueuse. Double surjet pariéto-abdominal. Crins profonds.

Suites opératoires. — Normales.

Revu la malade le 16 février 1910. Beaucoup mieux. Le coït n'est plus douloureux. Sens génital diminué : moins de plaisir et arrivant plus lentement (5 minutes). Utérus en place et en antéversion parfaite.

Obs. XCII (Hystéropexie. — Ablation des ovaires droits. — Ignipuncture des ovaires gauches). — Mme B..., 26 ans. Arles. Entre pour douleurs abdominales, surtout du côté gauche, depuis 4 ans.

Réglée à 17 ans. ; rien à signaler. Mariée à 20 ans. Pas

d'enfants. Six mois après le mariage, avortement de 50 jours. Depuis, apparition de douleurs du côté gauche.

Examen. — Douleur bilatérale à la pression. Antéflexion. Utérus très mobile, sans douleurs. A gauche, annexes augmentées de volume. Culs-de-sac libres.

Intervention. — Laparotomie. Annexe droite congestionnée, kystique. Annexes gauches paraissant normales. Ablation des annexes droites. Ponction au thermocautère des annexes gauches. Hystéropexie. Fermeture de la paroi sans drainage.

Suites opératoires. — Normales.

Pouls bien frappé, pas de température. On enlève les fils 8 jours après l'intervention.

Revue le 16 février, en bon état. Mange et dort bien, bonne mine. Se plaint sans cause ; nervosisme.

Obs. XCIII (Hystéropexie abdominale. — Ablation des annexes gauches). — Mme B..., 32 ans, Castelnau-le-Lez. Entre pour douleurs annexielles.

Réglée à 12 ans. Règles abondantes, 8 jours. Avance, dysménorrhée légère. Mariée à 19 ans. 10 mois après, accouchement (forceps). Pas de fièvre, lit, 10 jours. Deux autres accouchements normaux. Il y a 4 ans, douleurs bilatérales très fortes dans l'hypogastre. Au mois d'août, les douleurs ont augmenté. Séjour chez M. Forgue : pansements utérins.

Examen. — Tout l'abdomen douloureux à la palpation bimanuelle. On sent nettement le battement aortique. Utérus gros en antéflexion, réductible, très mobilisable, non douloureux. Déchirure périnéale et colpocèle postérieure. Douleur dans les culs-de-sac latéraux. Pas de grosses lésions annexielles.

Le 14 décembre, curettage et colpopérinéorraphie.

Laparotomie le 12 janvier 1909. — L'ovaire du côté droit

est scléreux. La trompe paraît normale. A gauche, ovaire scléro-kystique avec kyste hématique d'un corps jaune (noix). Trompe flexueuse. Ablation des annexes gauches. Hystéropexie abdominale (Doléris-Richelot).

Suites opératoires. — Guérison. Sortie le 6 février 1909.

Mme B... rentre le 14 février 1910 ; douleur à la pression, à droite, moins forte à gauche. Utérus gros, fixé en avant (ancienne hystéropexie), à 2 travers de doigt au-dessus du pubis. Annexes droites non douloureuses, pas facilement délimitées.

Relaparotomie le 22 février. — On détruit quelques adhérences épiploïques. Utérus en place (adhérences). Annexes droites en place ; quelques adhérences facilement détruites par le doigt. Hystérectomie subtotale de droite à gauche. A gauche, adhérences épiploïques que l'on lie. Fermeture en 3 plans, sans drainage ; agrafes.

Examen des pièces. — Utérus un peu gros. Surface saignante, porte trace des adhérences épiploïques sectionnées. Cavité : 7 cent. ; parois hypertrophiées, scléreuses, criant sous le scalpel. Muqueuse très fongueuse. A droite, l'ovaire se compose de deux parties nettes ; pôle interne. Gros kyste hématique d'un corps jaune, facilement énucléable. Le reste de l'ovaire scléro-kystique. Trompe normale, mais friable. Elle s'est rompue au milieu pendant la libération. Elle est congestionnée, ardoisée et perméable.

Suites opératoires : bonnes.

Obs. XCIV (Appendicectomie. Ablation des annexes droites. Ignipuncture des ovaires gauches. — Mlle C..., 21 ans, en ville.

Entre le 4 janvier 1909, pour douleurs du bas-ventre et pertes rouges.

Réglée à 11 ans, régulièrement, avance de 2 jours. Abondance variable, quelques pertes blanches. A 15 ans, fausse couche de 2 mois ; depuis, quelques caillots dans les règles. Pertes blanches dans l'intervalle.

Vers fin juillet 1908, 3 jours après les règles, douleur subite dans les fosses iliaques, suivie de vomissements alimentaires. Fièvre, frisson, cette crise dura 15 jours. 2 jours après, les règles arrivent avec une avance de 10 jours (1 jour). Depuis, pertes irrégulières. Vers le 15 novembre, deuxième crise douloureuse, localisée tantôt à droite, tantôt à gauche. Immédiatement après les règles de décembre, troisième crise (4 jours), puis métrorragie assez abondante, sans caillots, qui persiste encore au moment de son entrée à l'hôpital.

Examen. — Ventre douloureux dans la fosse iliaque droite, en particulier au point de Mac Burney. Col en arrière. Corps en antéflexion. Dans le cul-de-sac droit, annexes douloureuses ; glaires abondantes de métrite cervicale.

A partir du 25 février, dilatation par laminaires. Le 15 février, utérus en antéflexion. Les ovaires sont nettement sentis par le toucher, peu augmentés de volume.

Opération le 4 mars 1909. — 1° Appendicectomie (l'appendice étant très adhérent) ; 2° cautérisation au thermo, de l'ovaire gauche très kystique. A droite, ablation des annexes, ovaire et trompe, suture du ligament large, réfection de la paroi par 2 surjets au catgut et une ligne de crins de Florence. Le drain est fixé par un crin.

Examen des pièces. — Trompe assez facilement perméable ; à la section, sérosité purulente, hypertrophie des plis. Appendice, parois épaissies. Rien d'anormal dans la cavité.

Suites opératoires. — Bonnes. 2 jours après, règles (4 jours). Sort guérie le 30 mars 1909.

Obs. XCV (Hystéropexie. Ablation des annexes gauches). — Mme P..., 38 ans, entre le 15 février 1909 pour pertes rouges abondantes.

Réglée à 13 ans, normalement. Douleur les 2 premiers jours des pertes. Mariée à 19 ans, 4 enfants, premier accouchement normal. Après le deuxième et le troisième probablement infection. Quatrième accouchement, version par manœuvres internes ; infection puerpérale nécessitant l'alitement pendant un mois. Depuis, règles irrégulières, avançant de 6 jours, très abondantes durant 12 jours. Douleurs abdominales, pertes blanches. Douleurs pendant et après la miction, fréquence des mictions.

Examen. — Douleur à la pression profonde de la fosse iliaque gauche. Col gros, déchiré, surtout à gauche ; fond utérin en légère rétroversion. Cul-de-sac gauche douloureux ; pas de tuméfaction perceptible. Cul-de-sac droit libre. Ulcération autour de l'orifice externe du col.

Opération le 3 mars 1909. Utérus en légère rétroversion. Les trompes paraissent normales. Ovaire gauche petit, avec 2 kystes. Ovaire droit encore plus petit (petite noisette) et scléreux. Ablation de l'ovaire gauche, à cause des kystes. Cautérisation et ligature du moignon. Hystéropexie (Doléris-Richelot).

Examen de la pièce. — Ovaire très petit avec 2 kystes folliculaires hématiques, de petit volume.

Suites opératoires. — Excellentes. Guérison.

Obs. XCVI (Hystéropexie. Ablation des annexes droites. Résection de l'ovaire gauche). — Mme P..., 30 ans. Balaruc-les-Bains.

Entre le 25 février 1909 pour douleurs du ventre et pertes blanches et rouges abondantes. Réglée à 12 ans, régulièrement ; un peu de dysménorrhée ovarienne. Mariée à 19 ans : trois accouchements et deux fausses couches. Depuis la première fausse couche (à 26 ans), pertes blanches.

Actuellement, depuis la fausse couche, règles avançant, plus abondantes ; douleurs avant et pendant, pertes blanches. Neurasthénie.

Examen. — Ventre un peu douloureux dans la fosse iliaque gauche. Col gros, déchiré, regardant en avant ; fond utérin en rétroversion, semble facilement réductible. Culs-de-sac antérieur et droit libres. Cul-de-sac gauche douloureux, pas de tumeur appréciable.

Opération le 6 mars 1909. Laparotomie médiane sous-ombilicale ; utérus en rétroversion ; ovaire droit très augmenté de volume, scléro-kystique. Ovaire gauche moins malade. Annexectomie à droite ; à gauche, résection partielle de l'ovaire dont on laisse le quart. Hystéropexie (Doléris-Richelot).

Examen des pièces. — Ovaire droit scléreux, poly-kystique, du volume d'une grosse noix. Kyste hématique du corps jaune au voisinage du pôle externe et prolifération du volume d'une noisette, blanche, scléreuse, avec 2 kystes petits dans l'épaisseur. Trompe droite paraît normale. Ovaire gauche scléro-kystique.

Suites opératoires. — Le 29 mars, la malade sort complètement guérie.

Obs. XCVII (Hystéropexie isthmique. Ablation des annexes gauches). — Mme C..., 30 ans, Gignac.

Réglée à 14 ans, facilement, avance régulière de 3 à 4 jours. Mariée à 20 ans ; 5 enfants, pas de fausse couche. Fièvre après chaque accouchement fait par une sage-fem-

me. Règles revenues trois mois après le dernier allaitement, plus abondantes, avançant de quelques jours, pertes blanches abondantes.

Depuis 5 ans, douleur dans la fosse iliaque gauche, parfois dans la fosse iliaque droite. Ces douleurs, d'intensité variable, se montrent pendant les périodes intermenstruelles.

Examen. — Ventre douloureux dans la région de l'hypogastre et surtout de la fosse iliaque gauche. Déchirure du périnée, colpocèle antérieure. Col à 3 cm. de la vulve, déchiré à droite et à gauche. Fond utérin en rétroflexion, dans le Douglas. Cul-de-sac latéral droit, un peu douloureux, pas de tumeur appréciable. Cul-de-sac latéral gauche, plus douloureux, siège d'une tuméfaction difficilement délimitée.

Opération le 6 mars 1909. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Annexes droites à peu près normales. A gauche gros kystes de l'ovaire, dont un se rompt pendant l'ablation des annexes de ce côté. Annexectomie gauche. Hystéropexie isthmique à l'aide de deux catguts comprenant les muscles droits et aponévroses. Fermeture ordinaire de la paroi, deux surjets au catgut et crins.

Examen des pièces. — Trompe légèrement augmentée de volume et de consistance. Ovaire scléro-kystique. Un gros kyste (noix), contenait un liquide jaunâtre et des caillots adhérents à sa paroi ; sur le bord du ligament tubo-ovarien, kyste à liquide clair et transparent.

Suites opératoires. — Bonnes. Le 6 juin, la malade sort guérie.

Revue le 14 décembre 1909, probablement enceinte de trois mois.

Nous avons appris plus tard que cette femme avait accouché dans de bonnes conditions.

Obs. XCVIII (Annexectomie droite. Libération d'adhérences des annexes gauches). — Mme S..., 31 ans, rue de Lorraine, en ville.

Entre le 23 avril 1909 pour douleurs du bas-ventre.

Réglée à 12 ans ; mariée à 18 ans, 4 accouchements. Premier accouchement aux forceps ; quatrième grossesse, hémorragie au septième mois (un mois), accouchement à terme, levée le quatrième jour ; alitement le cinquième jour pour douleur dans le côté droit du ventre et pertes qui durèrent un mois (pas de fièvre).

Depuis le dernier accouchement, qui date de deux mois, douleurs très vives dans le côté droit du bas-ventre, s'irradiant vers les reins et la cuisse droite. Depuis, pas de règles.

Examen. — Ventre douloureux à la pression au niveau de la fosse iliaque droite. Dans le cul-de-sac droit, grosse tuméfaction douloureuse remontant jusqu'au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure, douloureuse et dure.

Opération le 9 juin 1909. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Annexectomie droite. Drainage du Douglas avec drain en caoutchouc et deux mèches de gaze. A gauche, ovaire scléro-kystique et trompe coudée par des adhérences qui sont facilement détruites. Les annexes gauches sont laissées en place.

Examen des pièces. — La trompe, augmentée de volume, contenait un peu de liquide citrin, qui s'est écoulé au moment de la section. Parois épaisses, augmentées de consistances. Ni granulations, ni abcès. Ovaire (mandarine). A la coupe voit de multiples abcès froids, de volume variable (tête d'épingle à noisette) ; pus jaune verdâtre. Entre les tissus ramollis, tissu blanchâtre. Quelques petits kystes hématiques au voisinage du pédicule.

Suites opératoires. — Jusqu'au 25 juin, pouls rapide

(120-160), intermittent. Température entre 37°5 et 38°5. Dyspnée, etc. Sérum, caféïne, digitale, etc.

Le 27 juin, le pouls se régularise, la malade commence à s'alimenter. Le 28 juin, plus d'intermittence. Digitaline, 0,05 milligr.

La malade, sortie guérie, a été revue depuis. La guérison se maintient.

Obs. XCIX. — Mme D..., 29 ans, mas de Nicol, Lunel.

Entre le 3 mai 1909 pour pertes blanches et douleurs concomitantes du bas-ventre.

Réglée à 12 ans, pour la première fois, puis arrêt pendant un an. Depuis, règles régulières, avançant de 3-4 jours. Dysménorrhée ovarienne un jour. Pertes blanches abondantes. Mariée à 19 ans, ni enfants ni fausses couches. Depuis 2 ans, pertes blanches très abondantes pendant toute la période intermenstruelle. Dysménorrhée ovarienne une semaine avant les règles. Règles restées normales.

Examen. — Col petit, en avant, fond utérin en rétroflexion dans le Douglas ; culs-de-sac libres. A droite, la trompe roule sous le doigt sans être douloureuse. Dans le cul-de-sac gauche, en arrière, masse arrondie et allongée, douloureuse.

Opération le 15 mai 1909. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Utérus en rétroflexion, facilement redressé. Annexectomie gauche. A droite, ovariotomie.

Examen des pièces. — Annexes gauches : trompe de calibre normal (pavillon soudé à l'ovaire), très tortueuse, contient un liquide citrin. Ovaire gauche (mandarine) ; gros kyste hématique folliculaire, bourré de caillots qui ont l'aspect gelée de groseille. Scléro-kystique. Ovaire droit : scléro-kystique, contient un kyste hématique (noix), rompu pendant l'opération.

Suites opératoires. — Apyrétiques. Teinture d'iode a déterminé phlyctènes. Au-dessous, escarre peu épaisse, d'aspect purulent. Pansements à la pommade de Reclus. Le 21 mai, ablation des fils, réunion per primam. Le 7 juin sort guérie.

Revue le 13 juillet en excellent état. Quelques pertes blanches. Coït non douloureux. Bouffées de chaleur.

Obs. C. (Hystéropexie. Annexectomie gauche. Ablation de l'ovaire droit). — Mme L..., 25 ans.

Entre pour douleurs de ventre et pour une cure radicale de hernie.

Réglée à 12 ans. Dysménorrhée les premiers jours des règles. Avance de 3-4 jours.

Mariée à 20 ans : un enfant et une fausse couche de trois mois. Accouchement et suites normaux. Depuis avortement, il y a deux ans, suivi de fièvre, frisson. Pertes rouges continuelles avec caillots pendant 5-6 mois. Douleurs dans le bas-ventre, puis amélioration spontanée. Pendant l'été 1908, douleurs très fortes. Actuellement souffre du ventre, douleurs très irrégulières, plus fréquentes le soir et plus fortes le premier jour des règles. Quelques pertes blanches.

Examen. — Ventre pas douloureux à la pression. Col moyen, en avant et en haut, contre la symphyse. Fond utérin très en arrière dans le Douglas, très gros. Dans le cul-de-sac latéral gauche, annexes douloureuses. A droite, on ne les perçoit pas.

Opération le 24 mai 1909. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Utérus est facilement redressé. Ablation de l'ovaire gauche et ablation partielle de l'ovaire droit, dont on laisse une petite portion. Surjet au niveau de l'ovaire droit. Hystéropexie (Doléris-Richelot).

Examen des pièces. — Ovaires scléro-kystiques. Ovaire gauche : volumineux corps jaune, tendant à s'énucléer dans l'épaisseur de l'ovaire, avec kyste hématique à l'intérieur.

Suites opératoires. — La première nuit, douleur et agitation (morphine). Le deuxième jour, la douleur persiste. Lavement. Le 26, purgatif. Léger ictère. Le 27, amélioration, l'ictère diminue. Le 28, pertes rouges ; elles durent moins que les règles habituelles. Le 1er juin, ablation des fils, réunion per primam.

Le 16 juin, cure radicale de hernie. Suites opératoires très bonnes.

Obs. CI (Ablation des annexes droits. Ignipuncture de l'ovaire gauche). — Mme B..., 23 ans, Mèze.

Entre le 18 novembre 1909 pour douleurs dans le flanc droit.

Réglée à 17 ans, irrégulièrement, avance de 4 à 5 jours, pas de caillots. A 18 ans, les règles cessent pendant 8 mois. Mariée à 18 ans, règles toujours irrégulières, assez abondantes, 4 à 5 jours. A 21 ans, accouchement à terme à la Maternité. Le travail a duré 3 jours. 15 jours après l'accouchement, hémorragie abondante, à la suite de laquelle la température s'élève à 37°5, 38°.

Depuis cet accouchement, douleurs dans la région annexielle droite. 18 mois après l'accouchement, curettage par M. de Rouville pour métrite hémorragique. Malgré ce, les douleurs annexielles droites persistent.

Examen. — Col gros, déchiré. Utérus mobile. Annexes droites très haut placées. A gauche, absolument rien.

Laparotomie, médiane sous-ombilicale, le 2 novembre 1909. Utérus sain. Ovaire droit est le siège d'un kyste (noix). Dans le ligament large droit, petite tumeur qu'on

prend d'abord pour un kyste inclus. *Ablation des annexes. droites.* En incisant, on tombe dans un gros plan veineux, formant ce prétendu kyste inclus et qui n'est autre, par conséquent, qu'un varicocèle tubo-ovarien. Surjet sur ce ligament large. Ovaire gauche un peu scléreux, avec quelques petits kystes, qu'on cautérise avec le thermo. On cautérise aussi deux petits kystes sur la trompe. On laisse les annexes gauches, car la malade a exprimé le désir d'avoir des enfants.

Suites opératoires. — Vomissements assez abondants.

Le 6 décembre 1909, on enlève les agrafes. Réunion parfaite. Etat général excellent.

Dès que Lawson-Tait, en 1872, eut démontré l'avantage de traiter les lésions inflammatoires des annexes et notamment les lésions suppurées, par l'extirpation, la majorité des chirurgiens de tous les pays suivirent son exemple et considérèrent, comme lui, que seule, l'extirpation par la laparotomie, des annexes malades, constituait une garantie de guérison définitive.

Ce fut Polk, on le sait, qui, le premier, pratiqua la castration utéro-ovarienne, l'hystérectomie abdominale totale, pour des lésions suppurées des annexes. On sait aussi que grâce aux perfectionnements que Delagenière, Doyen, Richelot, apportèrent dans la technique opératoire, cette méthode tend à devenir de plus en plus générale et à remplacer toutes les autres.

Mais jusqu'à cette époque, il n'est question que de la cure radicale par les moyens chirurgicaux. On se préoccupait avant tout d'enlever la lésion, de la poursuivre jusque dans ses dernières limites, sans se soucier de l'organe enlevé, dont on supprimait le rôle physiologique.

On est allé très loin dans cette voie de la cure radicale.

Même, grâce aux progrès de l'antisepsie, de l'asepsie et de la technique opératoire qui rendent les interventions abdominales relativement faciles et moins graves, des abus ont été commis. Spencer Wells disait même qu'on a pu constater à un certain moment une véritable *oophorectomie épidémique*, et déjà, en 1878, ce maître anglais de l'ovariotomie s'écriait, non sans amertume : « Les chirurgiens enlèvent les ovaires des femmes, avec autant d'impunité que les bouchers ceux des truies. »

En France, des chirurgiens tels que Pozzi, Doléris, Poulet et Laroyenne; en Allemagne Schröder et Martin; en Angleterre Polk et P. Dudley, protestèrent également, reprochant aux opérations de Lawson-Tait et de Péan d'être beaucoup trop radicales et de compromettre d'une manière funeste et irréfléchie la fonction d'organes qui jouent un rôle si important dans l'économie et dans la vie de la femme. Ces opérations supprimaient chez les femmes jeunes encore la vie sexuelle. Elles laissaient la femme mutilée, stérile, et, par conséquent, tout à fait inférieure au point de vue physique et moral. Elles déterminaient une ménopause précoce, et avec elle des troubles d'ordre général et nerveux, quelquefois graves.

On se demanda à bon droit, si avec des opérations moins graves et moins radicales, on ne pourrait pas obtenir la guérison et sauvegarder la fonction de l'ovaire ; s'il n'était pas possible d'appliquer aux organes génitaux de la femme le grand principe de la *conservation*, appliqué partout ailleurs ; si, enfin, au lieu d'extirper, on ne pourrait pas *conserver, restaurer, réparer*. C'est ainsi qu'est née la *Chirurgie Conservatrice* des organes génitaux.

Ce fut M. Schröder, en 1884, qui, le premier, de parti-pris, conserva une partie d'ovaire sain après résection de la portion malade. La même année, dans une communication

au Congrès de la Société Obstétricale de Berlin, il établit et précisa les indications et contre-indications des opérations conservatrices de l'ovaire.

« Ces opérations conservatrices sont indiquées chez les jeunes femmes, dans l'espoir de leur conserver la menstruation et la fécondation, quoique ce résultat puisse être douteux et qu'une deuxième intervention soit quelquefois nécessaire.

» La conservation est contre-indiquée : 1° toutes les fois qu'il y a le moindre soupçon de dégénérescence maligne, même d'un seul côté ; 2° quand la ménopause est prochaine ; 3° quand il y a eu grossesses nombreuses. »

Martin, de Berlin, entra dans cette voie et apporta par la suite un grand nombre d'opérations conservatrices, suivies de grossesses.

En France, Pozzi fut le promoteur et le défenseur le plus ardent de cette méthode. C'est à lui que revient le mérite d'avoir vanté les avantages de l'ignipuncture dans le traitement de l'ovarite scléro-kystique. Il a démontré l'avantage qu'il y avait à combiner l'ignipuncture avec la résection dans les cas d'ovarite micro-kystique, en même temps qu'il a précisé les indications et la technique de la *Salpingorraphie*.

En France, encore — pour ne nous occuper que des chirurgiens de notre pays — nous pouvons citer parmi les défenseurs de la méthode conservatrice des hommes tels que P. Delbet, Richelot, Legueu, Tuffier, Clado, etc.

Cependant, maigré les brillants résultats obtenus par les chirurgiens que nous venons de citer, la chirurgie conservatrice des annexes ne jouit pas en France d'une faveur unanime.

Un grand nombre de chirurgiens, et des plus notables, (Segond, Routier, Bouilly, Reclus, Hartmann), s'ils ne sont

pas opposés en principe à la conservation et aux opérations conservatrices, ne leur accordent pas une grande valeur et les regardent comme *très aléatoires,* presque *illusoires,* dignes de très peu de confiance.

La question, on le voit, est loin d'être résolue. Il nous semble néanmoins que les résultats obtenus par les chirurgiens qui sont partisans des opérations conservatrices, sont suffisamment éloquents pour décider un chirurgien qui n'a pas seulement en vue les résultats immédiats d'une opération, mais qui se préoccupe aussi et de l'avenir physiologique de ses malades et de l'intérêt social qui résulte de cet avenir physiologique ; il nous semble, dis-je, naturel, que le chirurgien à qui des questions d'un ordre aussi élevé ne sont point indifférentes, se laisse tenter par les avantages de cette méthode et en essaie les risques.

Notre maître, M. le professeur de Rouville, est un partisan convaincu de la valeur des opérations conservatrices. Les 27 observations que nous venons de publier nous semblent être du plus grand intérêt, car elles justifient pleinement la faveur que notre maître accorde à cette méthode.

Ne résulte-t-il pas, en effet, de la lecture de ces observations, que quatre fois seulement, sur 27 opérations, M. le professeur de Rouville a été obligé de pratiquer une opération itérative, dont les résultats ont d'ailleurs été excellents. Réopérées, en effet, dans des conditions qui n'étaient en rien moins favorables que lors de la première intervention, nous constatons également que les suites opératoires ont été aussi bonnes.

Toutes les autres malades opérées par les méthodes conservatrices nous donnent l'occasion de constater une guérison complète et durable. Et ce n'est pas sans une légitime satisfaction que M. le professeur de Rouville compte

quatre de ses anciennes malades qui sont devenues enceintes et qui ont accouché dans de bonnes conditions.

Ces résultats ne sont-ils pas assez satisfaisants pour justifier l'essai de la méthode conservatrice ? N'est-il pas préférable, avant de faire une ablation définitive, irrémédiable, d'atteindre le même but avec des moyens moins radicaux ? Et d'ailleurs, les résultats des examens anatomo-pathologiques viennent, dans un certain nombre de cas, à l'appui de cette thèse. L'examen microscopique des ovaires enlevés par Teissier a démontré à Malassez que l'intégrité fonctionnelle de ces organes était encore possible. De même, nous devons aussi enregistrer l'aveu de Lucas-Championnière, qui reconnaît que dans nombre de cas il n'avait pas trouvé de lésions bien caractéristiques pouvant entraîner la disparition du pouvoir fonctionnel de ces organes.

Il est évident que la méthode conservatrice ne devra pas être pratiquée de parti-pris. Nous voulons dire par là qu'il ne faudra pas oublier que le principal avantage de cette méthode est d'être une méthode d'exploration. C'est au cours de l'intervention que le chirurgien devra juger du degré de bénignité ou de malignité de la lésion d'un organe et de l'étendue de cette lésion. Il devra ne jamais perdre de vue l'intérêt que peut avoir une femme à conserver tout ou partie de ses ovaires. Surtout, il n'oubliera pas que les affections de nature puerpérale sont susceptibles de guérison complète.

Il est incontestable qu'il sera souvent difficile au chirurgien de fonder son diagnostic sur des bases très solides, et surtout son pronostic sera sujet à des erreurs. Néanmoins, il nous semble, d'après les résultats obtenus par M. de Rouville, que le chirurgien, toutes les fois qu'il n'aura pas la conviction que la castration totale s'impose, devra

se contenter de pratiquer une opération conservatrice. Il se rappellera, en effet, pour cela, non seulement à quel rôle individuel et social la femme est appelée, mais encore il songera à tous les accidents auxquels est exposée une femme qui a subi la castration totale : accidents de nature vaso-motrice, trophique et psychique.

On sait, en effet, et personne n'en doute plus aujourd'hui, que l'ablation des annexes entraîne un certain nombre de troubles vaso-moteurs, tels que vertiges, sueurs, bourdonnements d'oreilles et céphalées.

Quant aux troubles trophiques, ils se manifestent sous la forme, soit d'une adiposité pathologique, soit d'une atrophie de tout l'appareil génital.

Bien plus graves encore sont les troubles psychiques : ils consistent en un affaiblissement de la mémoire et même en psychoses. Tandis que Wehl a constaté deux cas d'aliénation mentale après six castrations totales, il n'en compte que deux cas sur 160 ovariotomies.

M. le professeur de Rouville, qui a revu la plupart de ses opérées longtemps après l'intervention, n'a jamais constaté aucun de ces accidents imputables à la castration totale.

Il nous reste, maintenant que nous avons énuméré les avantages de la chirurgie conservatrice des annexes, tels qu'ils résultent des observations que nous avons publiées, il nous reste, dis-je, à en indiquer impartialement les inconvénients.

En faveur de la castration totale, Vautrin, dans les *Annales de gynécologie* 1906, présente un plaidoyer très puissant, parce que basé sur des observations en faveur de la non conservation d'un ovaire ou d'un fragment d'ovaire au cours des opérations sur l'utérus et les annexes. Vautrin trouve « cette économie imprudente », dangereuse

et illusoire, car elle expose à la dégénérescence kystique ultérieure de l'ovaire ou du fragment d'ovaire, malade peut-être, mais en tout cas enserré dans un processus de péri-ovarite plus ou moins intense. Vautrin ajoute que les tumeurs kystiques ainsi constituées ont généralement une évolution pelvienne et sous-péritonéale, se caractérisant cliniquement par des phénomènes de douleur et de compression.

De plus, les difficultés opératoires sont extrêmes, en raison des adhérences avec les organes voisins et de la présence des exsudats pelviens disposés autour de la tumeur.

L'auteur en conclut que la conservation n'est indiquée que dans des cas exceptionnels et que l'opération réellement bonne et radicale est la castration utéro-annexielle totale par voie abdominale.

M. le professeur de Rouville ayant dû réopérer huit malades chez lesquelles l'ovaire, ignipuncturé lors de la première intervention, avait doublé de volume, et déterminait par suite des adhérences qu'il avait contractées, de vives douleurs, a maintenant renoncé, lui aussi, à cette méthode de l'ignipuncture.

Il est possible, en effet, qu'on puisse l'accuser d'être cause des insuccès que nous venons de signaler et pour lesquels une seconde intervention a été nécessaire.

Il ne semble pas, d'après les résultats que nous fournissent les observations que nous avons publiées, qu'on puisse adresser le même reproche à la résection partielle des ovaires. Avec Tuffier, nous pensons que cette dégénérescence kystique de l'ovaire conservé est rare.

Nous avons vu d'ailleurs que dans les cas d'insuccès, une opération itérative ne présentait pas plus de danger qu'une première intervention.

Il nous semble donc que rien ne devra empêcher le chi-

rurgien, dans les cas que nous avons mentionnés plus haut, de tenter résolument une opération conservatrice, dont les résultats, s'ils sont satisfaisants, auront maints avantages, et s'ils sont précaires, n'exposeront la malade, du fait de cette opération conservatrice, à aucun danger lors de la seconde laparotomie.

Nous donnons, à la suite de ces lignes, la statistique et les observations résumées en tableaux synoptiques, que M. le docteur Walther a bien voulu nous faire le grand honneur de nous confier. On verra que la très intéressante statistique de M. le docteur Walther vient admirablement à l'appui de la thèse soutenue dans ce chapitre et en confirme avec une admirable précision toutes les conclusions.

Nous exprimons encore à M. le docteur Walther nos sentiments de sincère et respectueuse reconnaissance.

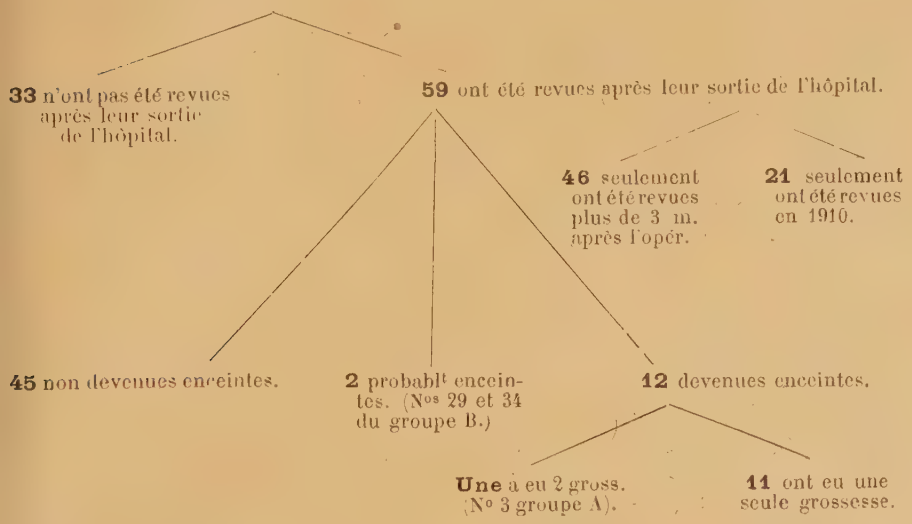
Service de M. le Dr WALTHER

(Hôpital de la Pitié)

RÉSECTIONS PARTIELLES DES OVAIRES

(STATISTIQUE)

On a pratiqué	1	résection	partielle	en 1901.
—	1	—	—	1902.
—	2	—	—	1903.
—	11	—	—	1904.
—	30	—	—	1905.
—	15	—	—	1906.
—	3	—	—	1907.
—	14	—	—	1908.
—	10	—	—	1909.
—	5	—	—	1910. (Jusqu'en mars)
Total.....	92			



Pourcentage des Grossesses :

12	grossesses pour	59	malades	revues.....	20.34 %
12	—	46	—	— trois mois apr. l'opér.	26.09 %
12	—	21	—	— en 1910.....	57.14 %

RÉSECTIONS PARTIELLES DES OVAIRES

Pratiquées à l'Hôpital de la Pitié, dans le service de M. WALTHER, de 1901 à 1910

GROUPE A. — Résections suivies de grossesse

N°	NOMS, AGE, PROFESSION, Date d'entrée	ANTÉCÉDENTS PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES	TROUBLES ACTUELS ET DATE DE DÉBUT	EXAMEN PHYSIQUE : ÉTAT DES OVAIRES	EXAMEN PHYSIQUE : ÉTAT DE L'UTÉRUS	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR : APP. GÉNITAL	OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR : AUTRES APP.	SUITES
1903									
1	B. (M., 22 a., couturière. Ent. 24-7-03.	Faus.-couche gémellaire de 6 mois à 17 1/2, suivies de métrite et salping. gauche.	Le 21 juill. 1903, 2e crise d'appendicite aiguë av. forte réact. périt. locale.			Salp.-ovar. dr. Ovaire sclérokystique gauche. Append. aiguë.	29 juillet 1903. Ablation en totalité des annexes. Ignipuncture de l'ovaire gauche. **Hystéropexie** aux crins.	Appendicectomie.	Fausse-couche de 3 mois suivie de curettage le 24 janvier 1904.
1904									
2	M. (Z.), 32 a., giletière. Ent. 6-1-04.	1res règl. à 14 1/2, régulières depuis. A 18 ans, 1re gr. à terme. A 19 ans, 2e gr.: à 30 ans, f.-couche de 3 mois. Prolapsus génital datant de 12 ans.	Douleurs dans la posit. assise, gêne de la marche depuis 12 ans.	Légère sensibilité du cul-de-sac gauche.	**Utérus rétrofléchi** prolabé. Périn. déch.	Prolapsus utér. Ovaires sclérokystiques. Append. chronique.	Op. 12 janvier 1904. A droite : résection d'un tiers de l'ov. gros comme une noix. A gauche : cautérisation. Enucléat. d'un petit fibrome utérin et **Hystéropexie** aux crins.	Appendicectomie.	Grossesse de 4 m. 1/2 le 3 janvier 1910. Utérus se maintient très bien fixé.

3	K. M., 25 a. Entrée	1res règles 13 1/2. 2 gross. à terme en 1899 et 1901. F.-couche de 3 1/2 en 1903. Cur. 30 mars 1904.	Depuis 1902, pertes bl. et r., règles doulour. pesanteur des bas-ventre et reins. Crises abd. doul. généralisées, vomissements et tr. dyspeptiques.			Métrite hémor. Salp. double. Append. chron. Rétroflex. utér.	Op. le 13 avril 1904. Ablat. des annexes gauches. Ignipuncture de l'ov. droit. Hystérop. aux crins.	Appendicectomie.	En 1908 : pas de douleurs depuis opération. En mars 1908 grossesse de 8 mois ; lég. tiraill. de la rég. lomb. si fatiguée. Accouch. à terme le 9 avril 1908, nécessitant délivrance artific. à cause d'adhér. du placenta à face ant. de l'utérus. En 1910, le 20 janvier : nouvel accouch. spontané à terme av. délivr. naturelle.
1905									
4	Mme L., 30 a., modiste. Ent. 28-2-05.	A 23 a. et à 27 a. faus.-couches. A la suite, métr. et salp. double. F. typh. à 11 ans, rhumatisme à 14 a., coqueluche à 24 ans Cur. 9 mars 1905.	Douleurs du bas-ventre, pertes bl. et r., règl. extrêmement douloureuses. Altern. de constip. et diarrhée. Lég. doul. provoquée dans fosse iliaque droite.	Gros. masse salp. gauche Utér. rétrofléchi.	L'utérus rétrofléchi.	Salp. gauche. Ov. scléro-kyst. droit. Utér. rétrofl. Append. chron.	Op. le 5 avril 1905. Ignipunct. des 2 ovaires. Hystér. aux crins.	Appendicectomie.	Bien réglée depuis l'opér. En 1909 avortem. de 3 mois suivie de métrorrhagie pendant 6 semaines.
5	Mme F. L., 22 ans. Entr. 4-4-05.	Réglée à 17 ans, règl. régulières, indolores. Nullipare.	Doul. abd. depuis 6 m., sourdes, plus prononcées à dr.	Annexes un peu vol. à dr.	Col petit. Antéversion normale.	Ovair. scl.-kyst. droite. Append. chron.	Op. le 11 avril 1905. Ignipuncture de l'ov. dr. ; ablat. d'un corps jaune volumin. ; suture.	Appendicectomie.	1906, en octobre : fausse-couche de 6 sem. Revue en novembre 1906 accuse lég. sensibilité cul-de-sac droit.
6	P., 25 ans. Entr. 8-5-05.	Réglée à 14 ans, règles très douloureuses. En septemb. 1904 avort. de 5 à 6 sem.	Doul. abd. plus prononcées à dr. Constip. avec colite glaireuse.	On perçoit l'ovaire droit.	Utér. antéfl.	Hydrosalp. dr. Ovar. scl.-kyst. droite. Append. chron. Rein dr. mobile.	Op. le 17 mai 1905. Débrid. de l'orif. tub. dr. Enucléat. d'un corps jaune de l'ov. dr. ; suture.	Appendicectomie.	1905, octobre : annexes lég. sensibles à g. 1905, décembre : Grossesse de 2 mois. 1908, juin : la grossesse avait évolué normal. Utérus gros, fibromateux. Annexes perceptibles.

Nos	NOMS, AGE PROFESSION Date d'entrée	ANTÉCÉDENTS PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES	TROUBLES ACTUELS ET DATE DE DÉBUT	EXAMEN PHYSIQUE ÉTAT DES OVAIRES	EXAMEN PHYSIQUE ETAT DE L'UTÉRUS	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR APP. GÉNITAL	OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR AUTRES APP.	SUITES
7	H. F., 26 a. Entrée 6-6-05.	Réglée à 11 a., règles indolores, mais très rapprochées et abondant. (8 jours). Grossesse à terme en 1904. Malade **hémophile.** Suspecte de bacil.	A partir de juillet 1904, doul. hypogastriques, métro. et ménorrhagies, leucorrhée. Dyspepsie, entéro-colite.	Cul-de-sac dr. sensible. Cul-de-sac g.: on perçoit la trompe formant un cordon dur.	Col un peu vol Utérus rétroft.	Ovarite scléro-kyst. dr. Métrite hémorrhagique.	Op. le 12 juillet précéd. le 29 juin d'un curettage. Ignipuncture de l'ov. dr. surjet. Hystéropexie.	Appendicectomie.	18 avril 1910 : ut. en bonne position, annex. indol., bien réglée depuis oper., mais doul. av. les règles. Accouch[t] le 20 juin 1908 après grossesse pénible.
1908									
8	P. J., 25 a., cuisinière. Ent. 27-1-08.	Réglée à 17 1/2, règles touj. doul. et accomp. de palpitations. Dysménorrhée membraneuse. Dyspepsie, constipation.	Depuis 1 an. à la suite d'une blennorrhagie, doul. du bas-ventre et prononcées à gauche.	Annex. diff[t] perceptibles.	Utér. rétroversé.	Ovarite scléro-kyst. bilat. Retrovers. utér. App. chronique.	Op. 25 mars 1908. A dr. : resection des 3/4 de l'ovaire, suture. A g. : résection de 1/2. Hystéropexie aux crins.	Appendicectomie.	10 janv. 1910 : enceinte de 7 mois. Ut. en bonne posit. 18 mars 1910 : Accouch[t] normal, enfant pesant 3.590. Délivrance spontanée au bout de 10 minutes.
9	C., 32 ans. Entr. 25-2-08.	Réglée à 15 1/2, règles normales. 2 enf. à 22 et 23 a. Rougeole à 7 ans.	Depuis l'âge de 24 ans, doul. abd. gén. Blennorrhagie à 24 ans, cystite. A 28 ans, colpo-périnéorraphie et curettage et amputation du col.	Annex. grosses et doul. des 2 côtés.	Utér. rétroversé.	Ovarite scléro-kyst. bilat. Rétrovers. utér. Appendicite.	Op. 6 mars 1908. Resect. partielle des 2 ovaires. Extirpation d'un petit kyste tub. g. et dr. Hystéropexie aux crins.	Appendicectomie.	15 déc. 1908 : fausse-couche de 6 semaines. 6 février 1909 : curettage, nécessité par continuation de metrorrhagie. 22 nov. 1909 : Ut. normal, mou. doul., ov. kyst. à dr.

10	M. A., 24 a., couturière. — Ent. 14-9-08.	A 19 ans, grossesse normale. A 16 a., pneumon.	Depuis sa grossesse, doul. abd. pendant marche et règles. Pertes bl. tr. abondantes. Constipation, douleurs gastriques.	Ailerons paraissent saines, mais cul-de-sac dr. doul.	Col gros. Corps latéroversé à dr.	Ovarite scléro-kyst. bilat. App. chron.	Op. le 30 sept. 1908. A g. : ablation presque complète de l'ovaire. A dr. : résection partielle. On ne touche pas au varicocèle tub. co-existant.	Appendicectomie.	10 mai 1909 : avortement de 3 mois. 31 août 1910 : curettage pour métrite non hémorrh.) consécutive à son avort[t].
11	P. (M.), 30 a.					Ovarite kystique bilat. Rétrovers. utér. Append. chron. Epiploïte.	Op. 11 déc. 1908 Résection partielle de l'ov. dr. Ignipuncture à gauche. Hystéropexie aux crins.	Epiplocectomie. Appendicectomie.	6 janvier 1910 : accouch[t] à terme. Légère inertie utérine pendant et après le travail, délivrance artificielle.
1909									
12	D., 21 ans, infirmière. Ent. 11-10-09.	Appendicect. à l'hôpital Trousseau en 1903.					Op. 5 nov. 1909. Résection partielle des 2 ovaires trouvés scléro-kystiques. Hystéropexie tr. basse aux crins.		18 avril 1910 : fausse-couche de 2 mois 1/2. Utérus en bonne position.

RÉSECTIONS PARTIELLES DES OVAIRES

Pratiquées à l'Hôpital de la Pitié, dans le service de M. WALTHER, de 1901 à 1910

GROUPE B. — Résections non suivies de grossesse

Nos	NOMS, AGE PROFESSION Date d'entrée	ANTÉCÉDENTS PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES	TROUBLES ACTUELS ET DATE DE DÉBUT	EXAMEN PHYSIQUE ÉTAT DES OVAIRES	EXAMEN PHYSIQUE ÉTAT DE L'UTÉRUS	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR APP. GÉNITAL	OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR AUTRES APP.	SUITES
1901									
1	M. (T.), 28 a. Entr. 13-10-01.					Hématosalping. dr. tordu. Ovarite kyst. g.	Op. le 21-10-01. Ablation de la trompe dr. 3 fois tordue sur elle-même dans sens inv. des aiguilles de montre. Ablation ovaire droit. Ignipunct. ov. g.	Epiploectomie. Appendicectomie.	Guérison
1902									
2	L. (L.), 38 a. Entr. 13-1-01.	1res règles à 14 a. A 10 a. f. typhoïde. Jusqu'à 16 ans : Chlorose. Touj. constipée.	Depuis 2 a., doul. abd. et lombaires. Leucorrhée abondte Crise d'appendicite le 2-1-02.			Ovarite bilat. sclér-o-kyst. Appendicite.	Op. le 24-2-02. A dr. : ablation de l'ov. dr. A g. : ignipuncture et résection partielle de l'ov. g. Ablation de la trompe gauche.	Appendicectomie.	Avril 1910 : Etat général parfait. Embonpoint.

3	D. M. 30 a. Entr. 20-3-03.	1res règles à 15 a. 1, 2 touj. irrégulièr. Grossesse norm. à 25 ans. Scorbut en 1902, ay. duré 15 jours. De juillet 1902 à janv. 1903, elle a 7 crises d'appendicit.	Depuis sa dernière crise d'appendicite, doul. dans le ventre plus pron. à dr.	Annex. prolabées dans Douglas, aug. de vol. et sensibles.	Utérus rétrofl.	Ovarite bilat. scléro-kyst. Rétroflex. utérine. Appendicite.	Op. le 2-4-03. A dr.: ignipuncture de l'ovaire. A g.: résection complète des annexes gauches. Hystéropexie au catgut.	Appendis	Janvier 1906: Règles plus abondantes qu'avant opér., douloureuses dans les premiers 2 jours, mais régulières.
4	D. E. *) 28 ans. Entr. 18-12-03.	1res règles à 16 a. En 1900: avortement de 2 mois. Somm. gauc. suspect de bacillose.	Depuis 1900 doul. dans hypogastre. Doul. provoquée dans fosse il. dr.	Annex. gauches prolabés dans Douglas.			Op. le 31-12-03. A dr.: énucléation de 2 petits kystes paratubaires. A g.: ablation des annexes. Hystéropexie au catgut.	Appendicectomie.	Guérison.
1904									
5	L. (G.), 17 a. Couturière.	1res règles à 12 a., bien réglée. Avortemt en oct. 1904: métorrhagies 4 semain. plus tard qui cède au repos.	Depuis cette époque doul. dans bas-ventre.			Ovarite kystique bilat. Rétro-version.	Op. le 5-2-04. A g.: ablation des annexes. A dr.: ignipuncture de l'ovaire. Hystéropex. aux crins.	Appendicite	Revient en mai 1908. Six mois après opération, douleurs reviennent avec leucorrhée. Utérus toujours bien fixé, mais salpingite dr. (masse mal délimitée dans cul-de-sac dr.) Le 26 juin 1908, *Hystérectomie subtotale et Epiploectomie.*
6	H. (C.), 29 a Entr. 18-4-04.					Rétrofl. ut. Ovar. scl. bilat. Appendc aiguë.	Op. le 20-4-04. Ignipunct. des 2 ovaires. Hystéropex. aux crins.	Appendic	Revue le 15 janvier 1906: Digestions difficiles (pas de régime). Crises nerveuses fréquentes. Règles irrégulières. Utérus bien fixé. Annexes indolores. Revue encore le 11 avril 1910. Toujours bon état: règles régulières, mais douloureuses. Utérus bien fixé, un peu douloureux.

*) Cette observation a été inscrite ici par erreur.

N°s	NOMS, AGE PROFESSION Date d'entrée	ANTECEDENTS PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES	TROUBLES ACTUELS ET DATE DE DÉBUT	EXAMEN PHYSIQUE ETAT DES OVAIRES	EXAMEN PHYSIQUE ÉTAT DE L'UTÉRUS	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR APP. GÉNITAL	OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR AUTRES APP.	SUITES
7	B. (M., 21 a. Entr. 4-4-04.	A 16 a., bronchite, colite glaireuse. Règles irrégul., doul. 1re crise d'append. févr. 1904 ; 2me crise 15 mars 1904.	Doul. provoquée au pt append. et sur les côlons.	Les culs-de-sac latéraux sont sensibles.	Rétroversion douloureuse.	Ovarite scléro-kyst. bilat. Rétroversion. Append.	Op. le 6-5-04. Ignipuncture bilat. Hystéropex. aux crins.	Appendie	2 juin 1904 : Utérus bien fixé. Un peu de sensibilité dans annexes, inaccessibles au toucher.
8	Le Saint-L., 40 ans. Ent. 7-7-04.	Pr. règles à 13 a., bien réglée. 2 grossesses normales à 22 et 25 a.	Depuis 5 a., règles deviennent irrégul., avancent. Depuis 1 mois difficulté d'uriner.	Dans cul-de-sac g., grosse masse fluctte et rempliss. l'abdomen.	Utér. refoulé à droite.	Kyste de l'ov. dr. s'étant développé vers g. Ovarite scléreuse dr.	Op. le 24-7-04. Ablat. du kyste et de la trompe droite. Ignipuncture de l'ov. g.	Appendicectomie.	Sortie guérie.
9.	B. (J.), 26 a., fem. de ch. Ent. 10-5-04.	Réglée à 10 ans, régul. sans doul. En nov. 1902 : Avort. de 5 mois, suivi pend. 2 mois de métrorrhagies qui disp. après. En mai 1903, métrorrh. durant 10 j. Depuis ses règles avancent toujours. Avril 1903 : crise d'append. B. du sommet dr. (hémoptysie, submatité.	Depuis mai 1903 leucorrhée ; doul. d. bas-ventre. Dyspepsie. Douleur d. fosse il. dr.	Masse annexielle, vol. à g., peu doul.	Utér. antéfléchi.	Appendicit. aig. Salpingite g. Ovarite scléreuse kyst. dr.	Op. le 19-10-04. Abl. des annex. gauche. Ignipuncture de l'ov. droit.	Appendicectomie. Epiploectomie.	Revue 19 déc. 1904 : rég. append. en parfait état. Ut. antéfl. Tumeur annexielle dr. donnant la sensation d'une trompe distendue. Malade tousse toujours. 9 janv. 1905 : diminution de la masse annexielle. Bon état digestif, mais l'induration du sommet dr. s'accent.

10.	D. (M.), 18 a., Ent. 5-10-04.	Réglée à 12 ans, régulièrement depuis (3-4 j.). A 16 a. 1/2 première grossesse normale. Leucorrhée depuis grossesse.	Depuis 3 ans doul d. bas-ventre. Pesanteur des hypog. rend. station impossible. Très constipée. Dysp Doul. fosse il. dr.	Annex. dr., doul. Annexes g. perceptibles.	Utér. mobile rétroversé.	Append. chron. Rétroversion réductible. Ovarite scléro-kyst. bilat.	Op. le 2-11-04. Ignipuncture d. 2 ovaires. Hystéropex. aux crins.	Appendicectomie.	Sort très améliorée le 30 nov. 1904.
11.	P., 29 ans. Ent. 2-11-04.	Anémie avant les règles. Pr. règles à 14 a., touj. doul., abond. 8 jours, mais régulières. A 21 ans, grossesse normale.	Depuis cette grossesse doul. d. bas-ventre péri-ombilic. Dyspepsie, constipation. Douleur au p. de Mac-Burney et le long du côlon. Néphroptose lég. à droite.			Append. chron. Ovarite scléro-kyst. bilat. Néphroptose dr. Rétroversion ut.	Op. le 10-11-04. Ignipuncture d. 2 ovair.; de plus, à gauche, ablat. d'un corps jaune. Hystéropex. aux crins.	Appendicectomie.	Sortie guérie le 11-12-04.
12.	M., 26 ans. Ent. 3-11-04.	Réglée à 14 ans, régulièrement, très abond. (8 j.), très douloureuses. Rougeole dès l'enfance. Grippes à répétition. Rhumatisme art. aigu il y a environ 2 ans.	Depuis 2 ans, leucorrhée fétide. Douleur d. bas-ventre avec irradiation lombaire. Dyspepsie, colite, une crise d'append. il y a 20 mois. Malade très nerveuse. Doul. d. région lomb. dues à un rein flot. droit.	Annex. doul. à dr., du vol. d'une noix.	Utér. rétroversé, un peu gros, incompl[t] réductible. Col sain.	Append. chron. Ovair. scl.-kyst. Rétroversion ut. Néphroptose dr.	Op. le 16-11-04. Ignipuncture de 2 ov. scléro-kyst., surtout à gauche. Hystéropex. aux crins.	Appendicectomie.	Sortie guérie 14-12-04. Revue le 22 juillet 1906 : règles régulières et beaucoup moins doul. qu'avant opér. Utérus bien fixé, coudé en arrière (!). Annex. en b. état. Digest. mauv. p. d. régime).

Nos	NOMS, AGE PROFESSION Date d'entrée	ANTÉCÉDENTS PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES	TROUBLES ACTUELS ET DATE DE DÉBUT	EXAMEN PHYSIQUE ÉTAT DES OVAIRES	EXAMEN PHYSIQUE ÉTAT DE L'UTÉRUS	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR APP. GENITAL	OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR AUTRES APP.	SUITES
13.	B., 30 ans. Ent. 18-11-04.	Réglée à 16 ans, règles irrégulières, touj. en avance, abondantes (10 j.), doul. 2 grossesses normales.	Depuis 2e grossesse doul. abd. et pertes blanches avec légère incontinence d'urine. Nervosisme, syncopes. Emission fréquente de sable urinaire. Digestions bonnes mais constip. et migraines. Doul. appendiculaire provoquée. Rein dr. augm. de vol. et perceptible.	Sensibil. lég. d. cul-d.-sac g.	Col déchiré. Utérus très mobile rétroversé.	Append. chron. Ovar. scléreuse. Rétroversion. Lithiase rénale. Ptose viscérale.	Op. 26 nov. 04. Les 2 ov. sont fibreux kystiques: ignipunct. et sut. Hystéropex. aux crins.	Appendicectomie.	Sortie le 11-12-04. Revue le 28-10-09 : Bien réglée, sans doul., pas de grossesse depuis opération.
1905									
14.	G., 30 ans. Ent. 24-1-05.	Réglée à 13 ans. 3 enfants à 20, 22, 24 ans. Une fausse-couche de 2 mois 1/2 à 28 ans. Rougeole dès enfance.	Depuis une dizaine d'années doul. dans bas-ventre du côté dr., légères et intermittes. Leucorrhée. Lég. doul. à la press. de fosse il. dr.	Très légère doul. d. les 2 culs-d.-sac lat. Annexes non accessibles.	Utér. rétrofléchi. Col rigide en av. (rétroversion et rétroflexion du corps).	Ovarite scléro-kyst. surt. à dr. Rétro-déviation. Append. chron.	Op. le 3-2-05. Abl. des annex. dr. Ignipuncture de l'ov. gauche. Hystéropex. aux crins.	Appendicectomie.	Sortie le 26-2-05. Revue le 22-1-06 : règles aussi abondantes qu'avant opér. et aussi doul., mais pas de doul. en dehors des règles. Leucorrhée légère. Utérus bien fixé. Annexes indolents. Mauvaise digest. (pas de régime).

15	B. (A.), 24 a. Entr. 11-1-05.	Il y a 6 ans, 2 cris. doul. de fosse il. dr. avec vomiss. et T°. Il y a 4 ans, 2 nouv. crises. Réglée régt dep. l'âge de 17 ans.	Le 29 déc. 1904 : violente crise d'appendicite aiguë. Depuis 1 mois 1/2, pertes verdâtres. A la palpation, doul. viv. dans fosses il. dr.	Annex. perceptible à dr., douloureuses. D. cul-de-sac post. traces d. lymphangite. Salp. g.	Ut. rétrofléchi. Col normal.	Salp. gauche. Ov. sclér.-kyst. droite. Rétrofl. utér. Appendicite.	Op. le 8-2-05. Résection des annexes gauches (traces de péritonite récente. Ignipuncture de l'ov. dr. Hystéropexie au catgut.	Appendicectomie.	Sortie le... Le 19 février. colpotomie p. ouvrir une poche purul. La fistule consécutive se ferme le 29 mars 1905. Revue le 29-1-06. Utér. en bonne position, un peu mobile. Annexes dr. perceptibles, non doul. N'a pas été réglée pendt les 7 mois qui ont suivi l'opér. Actt règles régul. et indol. Revue 18 avr. 1910 : *idem*.
16	L., 26 ans. Entr. 13-2-05.	Réglée à 11 ans. Il y a 2 a., faus.-c. de 6 sem. compl. de pelvipéritonite. En juillet 1903, crise doul. (Appendicite ?) avec form. d'abcès gris, s'est évacué par rectum.	Depuis 2 a., doul. au mom. d. règles. Défécation doul. Région appendiculaire sensible.	A dr. : tumeur annexe, petite, adhte. A g. : les annexes sont un peu doul.	Utér. gros. antéfléchi. Col normal.	Petit kyste de l'ov. droit. Ovarite sclérokystique gauche. Appendicite.	Op. le 15-2-05. Ablat. des annexes droites. A g. : grattage des kystes à la curette, suture. Hystéropexie au catgut.	Appendicectomie (beaucoup de péri-appendicite).	Sortie guérie le 9 mars 05. Revient 16 oct. 1905. Car 1 mois 1/2 après sa sortie de l'hôpit., violente poussée de salpingite g. **Hystérectomie** subtotale le 20 oct. 1905, sort guérie le 9-11-05.
17	B., 29 ans. Entr. 18-2-05.	Réglée à 16 ans. Un enf. à 25 ans. Scarlatine pendt son enfance.	Il y a 4 ans, pendant sa grossesse, on lui découvre un kyste de l'ov. Pas de dyspepsie, mais doul. d. la jambe gauche, procédant par crises irregulrs. Depuis févr 1905, doul. pelviennes et défécation difficile.	Kyst. d. l'ov. remontt jusqu'à ombilic.	Col repoussé en avant. Ut. basculé en arrière.	Kyste dermoïde de l'ov. gauche. Ovarite kystiq. droite.	Op. le 24-2-05. Ablat. du kyste et de la trompe g. Ignipuncture et curettage de l'ov. droit. Hystéropexie au catgut.	Appendicectomie.	Sortie le 19-3-05. Rev. 22-1-06 : règl. régul., indol., comme avant. Leucorrhée lég., souffre moins du ventre, on sent l'ov. dr. indolent. Bonnes digestions. Revue 10 avril 1910 : plus de doul. du tout. Règles abst normales, indolores, digestions parfaites.

N°s	NOMS, AGE PROFESSION Date d'entrée	ANTÉCÉDENTS PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES	TROUBLES ACTUELS ET DATE DE DÉBUT	EXAMEN PHYSIQUE ÉTAT DES OVAIRES	EXAMEN PHYSIQUE ÉTAT DE L'UTÉRUS	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR APP. GÉNITAL	OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR AUTRES APP.	SUITES
18	B., M.), 24 a. cuisinière. Ent. 18-1-05.	Réglée à 14 ans. toujours très régulièrement.	Le 1er nov. 1904 : crise, doul. d. fosse il. dr. pendt 48 h. Le 25 déc. 1904 et le 29 déc., nouvelles crises semblables. On sent un plastr., doul. d. fosse il. dr. Doul. égalt provoquée au pt vésic. Leucorrhée et miction doul.	Culs-de-sac lat. libres et indolores.	Ut. petit et antéfléchi.	Append. aiguë. Double ovarite scléro-kyst.	Op. le 15-3-05. Ignipunct. des 2 ovaires. Hystéropex. aux crins.	Appendicectomie.	Sortie le 13-4-05. Rev. 22-1 06 : régl. régul., quelques pertes blanches. Ne souffre pl. du tout du ventre. Utérus bien fixé. Annexes indolentes à dr., un peu doul. à g. Digest. bonnes, mais constipation persiste.
19	M., 22 ans. Entr. 28-3-05.	Réglée à 13 ans. A 19 ans, avort. de 3 mois. A 21 ans, gross. à terme.	Il y a un mois, crise doul. d. côté dr. de l'abd., sans vomts. Ces douleurs existent encore. Leucorrhée. Doul. provoquée dans rég. append. et hépatique.	A dr. : trompe augm. de vol. : ov. gros comme une amande, mob. A g. : rien de perceptible.	Col déchiré. Utér. antéfl.	Appendicite. Ovarite scléro kyst. double.	Op. le 12-4-05. Ignipuncture de l'ov. dr., ignip. et curettage de l'ov. gauche. Raccl intr.-abd. des ligts ronds.	Appendicectomie.	Sortie... Revue 15-1-06 : Utér. bien fixé. Ovair. non douloureux. Règles régulièr., indol. Leucorrhée. Digestions bonnes.
20	O., 32 ans. Sténographe. Entc. 5-4-9.	Réglée à 12 ans. A 18 ans : grossesse normale. A 21 ans : fausse-couche.	A partir de ce moment, doul. abd. Depuis 1898 : métrorrhagies. Le 21 sept 1898 : opér. p. M. Rieffel qui détruit les adhérences fixt le corps utérin d. Douglas ; il ne fit pas de pexie. Masse d. fosse il. dr. douloureuse.	A dr. : masse, du volum. d'une noix, peu doul. A g. : sensibilité des annexes.	Col normal. Corps rétroversé.	Append. chron. Salpingite dr. Ov. scl.-kyst. g. Rétrovers. utér.	Op. le 12-4-05. Ablat. des annexes droites. Curettage et suture de l'ov. g. Hystéropex. aux crins.	Appendicectomie. Épiplocectomie.	Revue le 10 juillet 1905. Annexes gauch. fusionnées avec le ligt large (pas d'autres renseignements).

21	C., 39 ans. Entr. 11-4-05	Réglée à 14 ans. Accouch. norm. à 27 ans.	En octobre 1903, 1re crise d'append., 2e crise en déc. 03. 3e crise en mars 05. Leucorrhée. règl. peu abond., indol. Doul. provoq. ds fosse il. dr. doul. spontanées un peu partout ds l'abdom. Foie un peu gros.	A dr. ovaire augm. de vol., plaqué contre pelvis, indol. A g. : rien.	Col long. déchiré. Antéfl. utér. Utérus doul.	Append. aiguë. Ovarite scléro-kyst. bilat.	Opér. le 14-4-05. Ignipuncture ds 2 ovaires. Ablation de la trompe gauche. Hystérop. aux crins.	Appendic.	5 février 1906 : malade enchantée, ne souffre plus. Règles très régul. ; mais pdant les 24 premières heures, la malade éprouve des tiraillements ds le ventre, sensat. qui n'existait pas av. l'opér. quelques pertes claires. Utér. solidem. fixé, indol. Digestion parfaite ; le foie n'est plus gros. 9 mai 10. *Id.*
22	M. (J.), 28 a. Entr. 14-4-05.	Réglée à 13 ans. A 11 a., flux. poit. A 21 ans, érysip. A 25 ans, sciatiq. A touj. été aném. 2 crises d'append. en oct. et nov. 1905.	3e crise d'append. 8 avril 1905, aiguë, viol. av. T° et vom. Douleurs au Mc-Burney. Doul. le long du côlon (mat. glair. et peaux). Leucorr. de vieil. date.	Annexes dr. sensibles. Rien à g.	Antéflexion congénitale.	Append. aiguë. Ovarite scléro-kyst. bilat.	Opér. 6 mai 05. Ignipuncture ds 2 ovaires av. ablat. d'un corps jaune et suture à gauch. Hystéropex. au catgut.	Appendicect. on trouve enc un peu de liq. ds pet.-bassin.	5 juillet 1905 : utérus en bonne position. Col mou. Annexes légèrem. sensibles.
23	N. (A.), 24 a., cuisinière. Entr. 3-5-05.	Réglée à 13 ans ; règles touj. doul. Leucorrhée dep 2 ans. Prem. crise d'append. il y a 2 a. 1/2, aiguë, av. T°, vom. et ictère.	Dep., leucorrhée, doul. abd. répétées, ds la fosse il. dr. av. ictère à chaq. crise. Doul. provoquée au pt appendicul. et aux pts annex.	Annexes dr. bomb. ds cul-de-sac dr. et sont très doul.	Utér. antéfl.	Append. aiguë av. poussée d'infection hépatique. Ovarite scléro-kyst. bilat.	Opér. le 12-5-05. Ignipuncture ds 2 ovaires av. résection d'un kyste vol. à gauche. Hystérop. aux crins.	Appendicect. (abcès à la pte de l'append.)	Sortie le 15 juin 05. Utérus en bonne position ; mais les culs-de-sac sont doul. stout à droite où l'on perçoit une petite masse. Revue le 13 juillet 1906. Souffre à droite surtout au moment des règles ; mais les 2 culs-de-sac lat. sont soupl. Les règles sont plus doul. qu'avant. Utérus bien fixé Le 2 juillet 1906 : un peu d'annex dr. Côlon contract. 11 juillet 1906 : Extraction d'un crin d'hystéropexie que l'on percevait au niveau de la cicatrice et était doul. 14 avril 1910. Règles régul. mais doul. à droite pendant les règles (doul. au niveau du crin enlevé). Etat génér. bien meilleur qu'avant opération.

N°	NOMS, AGE PROFESSION Date d'entrée	ANTÉCÉDENTS PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES	TROUBLES ACTUELS ET DATE DE DÉBUT	EXAMEN PHYSIQUE ÉTAT DES OVAIRES	EXAMEN PHYSIQUE ÉTAT DE L'UTÉRUS	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR APP. GÉNITAL	OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR AUTRES APP.	SUITES
24	C., 16 a. 1/2, blanchiss. Ent. 27-4-05.	Réglée à 11 a. 1/2. Le 3 décem. 1904, prem. cris. d'appendicite aiguë. Leucorrhée intermittente.	A recommencé à souffrir vers le 15 mars 1905. Pert. fj. en blanc, souffre ds fos. il. dr. On perçoit ds fos. il. dr. une masse fluctuante et mate. Cette masse diminu. progres. et dispar. vers le 11 mai 05.	Ds le cul-de-sac dr., masse qui bomb. et se cont. av. celle de la fos. il. dr. Rien à g. La masse du cul-de-sac dr. dimin. jusque vers le 11 mai, mais ne disp. pas t.-à-fait.	Utérus petit, antéfléchi.	Append. aiguë. Ovarite sclérokyst. double.	Opér. le 12-5-05. A dr. ignipunct., curettage et suture de l'ovaire. A g. : curettage de l'ov. et suture. Des 2 côtés il a fal. libérer beaucoup d'adhérences. Les annexes dr. adhéraient à l'append.	Appendice.	27 juillet 1905 : Utérus en bonne position ; ovaires abs. insensibles au toucher.
25	C. (J.), 25 a., infirmière. Entr. 6-7-05.	Réglée à 16 ans, irrég. jusqu'à 22 a. ; régul. depuis, très peu abondantes. Leucorrhée dep. enfance. Dyspepsie. Bacillose.	Le 29 mars 1905, crise aiguë de doul. abd. avec vomis. ; doul. pl. pron. à dr., au niv. des annexes. Douleur au point appendiculaire.	Les 2 culs-de-sac lat. sont t. doul. ; mais on ne sent pas de masse. Cul-de-sac p. empâté ; l'empât. s'étend à g.	Utér. antéfl. Col petit.	Append. aiguë. Salpingite g. Ovarite sclérokyst droit.	Opér. le 31-5-05. Ponct. au thermo de l'ovaire dr. : sujet calgut. Hystéropexie.	Appendice.	Sortie le 25 juin 05 ; Utér. bien fixé. 30 novembre 1905 : Côlon et S. iliaque doul. Annexes souples, mobile, peu sensible ; cependant ov. g. perceptible.
26	D. (J.), 31 a. Entr. 27-3-05.	Réglée à 18 ans, règles toujours régulières.	Dep. 4 mois, métrite, leucorrhée. Le 8-3-05 crise doul. dans fosse il. dr. avec T°. Doul. provoquée au pt de Mac-Burney. Rate un peu gr.	Empat. des 2 culs-de-sac latéraux doul. surtout à dr. Evacuat. de pus par le rectum le 1-5-05.	Utérus petit, en antéfl. normale.	Appendicite aiguë. Salp. droite. Ovarite kyst. gauche.	Op. le 2-6-05. Ablation des annexes dr. Ignipuncture de l'ov. g.	Appendice.	Sorti guéri le 8-7-05. 12 juillet : Règles non douloureuses durant 4 jours. 28 janvier 1907 : Ut. mobile, culs-de-sac normaux. Colon desc. légèr. doul. 8 avril 1910 : Utérus bonne position. Annexes gauches légèrement sensibles.

27	H. (I.), 28 a. Entr. 5 6-05.	Réglée à 9 ans, règles régul. mais doul. au début, durent 4 jours. A 18 ans, fièvre typh. grave. Nervosisme. Constipation opiniâtre. Bon appétit.	Depuis quelques années, doul. dans fosse il. dr. réveillée par la marche, le chant. Teint subictériq. Pt de Mac-Burney doul. Foie un peu gros.	Annex. sensibles.	Utérus antéfl.	App. chronique. Ovarite sclérokyst. bilat.	Op. le 7-6-05. Ignipunct. des 2 ovaires.	Appendie.	
28	R. M., 28 a. couturière. Entr. 6-6-05.	Réglée à 14 ans, toujours bien réglée. 1898 : enfant à terme.	Il y a 4 ans. première crise d'appendicite. Depuis, dyspepsie marq. Plusieurs autres crises. Doul. provoquée au Pt de Mac-Burn. Amaigrissemt depuis 2 mois. Ptose rénale légère dr. Foie déborde les fausses-côtes.	Ovaire droit gros et doul.		Append. chron. Ovarite sclérokyst. bilat.	Op. 14-6-05. Ignipunct. des 2 ovaires. Hystéropexie.	Appendie.	Sortie guérie le 16-7-05. 29 janvier 1906 : Utérus bien fixé à la paroi. Ov. dr. petit, non doul., de même que l'ov. g. Règles, comme avant l'opér., un peu irrégul. Digestions excellentes. 18 avril 1910 : *idem.*
29	B. (A.), 28 a. Entr. 11-6-05.	Réglée à 11 ans, règles régulières et indol. A 26 ans : un enf. Rougeole dans enfance.	Doul. diffus. dans le bas-ventre depuis son accouchement. Dyspepsie. const. Crises de coliques abd. fréquentes. Doul. sur le côlon. Pt de Mac-Burney très doul.	Annexes dr. un peu sensibles.	Utér. rétroversé.	Ovarite sclérokyst. bilat. Append. chron.	Op. le 16-6-05. Ignipunct. des 2 ovaires ; ablation de 2 kystes paratubaires. Hystéropexie.	Appendie.	Sort le 12-7-09, guérie. 29 mai 1910 : Très bien réglée, sans douleurs. Utérus un peu gros, col un peu mou, utérus bien fixé. Annexes indol. *Retard de 15 jours, seins douloureux, nausées.*
30	C. (R.), 24 a. Entr. 27-6-05.	Réglée à 14 ans, règles régul., indol. A 19 ans : enfant macéré. Depuis doul. abd. sourde. Ethylisme. Dep. 3 mois, règles doul., abond. (7 jours).	Il y a un an plusieurs petites crises doul. dans fosse il. dr. La dernière vers le 1er juin 1905. Dyspepsie accentuée, constip. Côlon doul. Pt de Mac-Burney égal.	Cul-de-s. dr. doul. Cul-de-s. g. cordon salpingien.	Utérus gros, antéfléchi. Curettage le 2 juillet.	Ovarite scléro. kyst. double. Append. chron.	Op. le 12-7-05. Ignipunct. des 2 ovaires. Hystéropexie.	Appendie. Epiploectomie.	Revue le 30-12-05. Etat parfait. Utérus bien fixé.

Nos	NOMS, AGE PROFESSION Date d'entrée	ANTÉCÉDENTS PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES	TROUBLES ACTUELS ET DATE DE DÉBUT	EXAMEN PHYSIQUE ÉTAT DES OVAIRES	EXAMEN PHYSIQUE ÉTAT DE L'UTÉRUS	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR APP. GÉNITAL	OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR AUTRES APP.	SUITES
31	P. (J.), 36 a. modiste. Ent. 28-6-05.	Réglée à 17 ans, toujours bien. Il y a 10 ans avortement de 2 mois A 29 a. : bronch^{e}. A 31 ans : crise de coliques hép. ?'	Depuis 3 ans environ, doul. dans côté dr. du ventre surtout au moment des règles. Dyspeps., hyperchlorhydr., entérocolite glaireuse. Depuis 3 mois les règles durent plus longtemps (8 jours au moins). P^{t} de Mac-Burney doul.	Les annexes un peu doul.	Col gros. Utér. rétrofléchi. Curettage le 5 juillet 1905.	Ovarite scléro. kyst. biat. Fibromes. Appendic^{te}. Epiploïte.	Op. le 19-07-05. Ignipunct. des 2 ovaires. Enucléation de plus. petits fibromes. Hystéropexie.	Appendic. Epiploectomie.	27 nov. 1905 : Utérus bien fixé. Annexes imperceptibles, indol. Etat gén. excellent. 10 avril 1910 : Bien réglée sans doul. Utérus mobile, en bonne position. Ovaire gauche kystique, on ne sent pas les annexes dr. Digestions bonnes. 15 octobre 1910 : L'ovaire gauche est revenu à son volume normal. Etat intestinal parfait.
32	U. (M.), 23 a. couturière. Ent. 23-6-05.	Réglée à 17 ans, indol., mais irrég. et très abond. (8 j.) 1901 : enf. à terme (avril); en novemb. : avortem. de 2 mois. 1902 (mars) : 2^{me} avortement. 1904 (mai) : viol. crise doul. dans bas-ventre.	1er juin 1905 : violente crise de doul. hypog. avec Temp. pendant 12 jours. Doul. provoquée surtout dans fosse il. gauche.	Masse vol. dans cul-de-s. dr. Cul-de-s. g. doul.; trompe petite.	Ut. antéfl. Col ectropionné.	Salp. dr. Ovarite scléro-kyst. gauche.	Op. le 19-7-05. Ablat. des annexes dr. Ignipunct. de l'ov. g. Hystéropexie.	Appendic^{te}.	22 janvier 1906 : Etat gén. excellent. Légère doul. à g.
33.	T. (M.), 25 a. Ent. 16-10-05.	R. à 14 ans, touj. tr. mal réglée, doul. Rougeole à 6 ans. Néphrite à 8 ans. F. typh. à 14 ans. Anémie à 18 ans. Gros. à term. à 23 a., suiv. de phlegm. Dyspepsie. Constip. Doul. abd. fréq.	Depuis 3 mois, doul. abd diffuses; crise aiguë le 15 septembre 1905. Leucorrhée. Doul. sourde à la pression de la fosse il. dr.	Annexes gr. et doul. surt. à dr.	Utérus rétroversé, gros.	Salp. dr. Ovarite sclero-kyst.g Rétroversion ut.	Op. le 27-10-05. Abl. des annexes dr. Ignipunct. et suture de l'ov. g. Hystéropexie a. crins.	Append.	12-11-05 : cul-de-sac g. lég. induré. 20-11-05 : guérison compl. 15-1-06 : utérus en bonne position. Ovaire g. un peu gros, lég. doul. Règles avancent de 10 j. et sont très doul. 26 mars 1906 : *Idem.*

34.	M. J.), 22 a. Ent. 6-11-05.	R. à 10 ans, touj. régul. A 20 ans, accouchement à terme : à la suite, phlébite double. Dyspepsie depuis l'âge de 10 ans. Constipation opiniâtre.	A la fin de sept. 1905, crise doul. d. fosse il. dr. Côlon dur, roulant sous le doigt.	Annexes dr. doul. Annexes g. prolabées d. Douglas.	Col granuleux, œufs de Naboth. Corps rétroversé.	Ovarite dr. scléro-kyst. Rétroversion. Appendicite.	Op. le 10-11-05. Ignipunct. de l'ov. droit. Hystéropexie a. crins.	Append.	indol. Annexes g. souples, indol. Annexes dr. perceptibles. Règles beaucoup moins doul. qu'avant opération, en **retard de 15 jours**.
35.	Z. L.), 29 a., fem. de ch. Ent. 21-11-05.	R. à 11 ans, indol. Anémie à 25 ans.	Depuis 2 mois, doul. abd. généralisée, plus pron. d. fosse il. dr. Anorexie. Leucorrhée ; dernières règles doul. Doul. provoquée au point append.	Cul-d.-s. dr. lég. doul.	Col granuleux au toucher.	Ovar. scléro-kyst. double. Append. chron. Epiploïte chron.	Op. le 22-11-05. Ignipunct. et suture des 2 ov. Hystéropexie a. crins.	Append. Epiploectomie.	8-1-06 : ut. fixé en bonne position. Ov. gauche indol., ov. dr. un peu sensible ; 15-1-06 : *Idem*. Règles réapparues le 4 janv. moins doul. qu'avant opér.
36.	G., 27 ans. Ent. 27-11-05.	R. à 16 ans, indol. A 22 ans, un enf. Après accouch., leucorrhée et crises doul. d. hypogastre. Défécation doul. Dyspepsie, doul. d. côté droit du ventre.	Leucorrhée, doul. hypog. et d. fosse il. dr. Doul. provoquée au point de Mac-Burney.	Culs-de-sac lat. pl. sensibl. Dans cul-de-sac postérieur masse du vol. d'une mandarine faisant corps avec utérus immobile (corps).	Col regarde en avant.	Append. chron. Ovarite scléro-kyst. dr. Rétroflexion.	Op. le 6-12-05. Ignipunct. de l'ov. dr. scléro-k. Hystéropexie a. crins.	Append.	22-1-06 : Utérus bien fixé. Un peu de sensibilité des annexes gauches. N'a pas revu ses règles depuis opération. Digestions bonnes.
37.	B., 31 ans. Ent. 9 12-05.	R. à 17 ans. touj. régul. Rougeole d. enf. A 18 ans, anémie. A 23 ans, grossesse normale. A 26, 2e grossesse. Nervosisme.	Depuis 3 ans, tiraillem. d. bas-ventre. Règles doul. de temps en temps. Leucorrhée. Dyspepsie. Constipation. Doul. provoquées au niveau des annexes.	Annexes peu sensibles.	Col petit. Corps gros et doul., rétrofléchi.	Ovarite scléro-kyst. double. Rétroflexion. App. chron.	Op. le 13-12-06. Ignipunct. des 2 ovaires. Hystéropexie a. crins.	Append.	5-3-05 : Utérus bien fixé. Annexes un peu doul. à dr. : pas doul. à g. 2-7-06 : Utérus bien fixé. A gauche, légère doul. Petite fistule pariétale depuis le 11-6-06.

N°	NOMS. AGE PROFESSION Date d'entrée	ANTÉCÉDENTS PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES	TROUBLES ACTUELS ET DATE DE DÉBUT	EXAMEN PHYSIQUE — ÉTAT DES OVAIRES	EXAMEN PHYSIQUE — ÉTAT DE L'UTÉRUS	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR — APP. GÉNITAL	OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR — AUTRES APP.	SUITES
38.	G. (M.), 21 a. Ent. 25-11-05.	R. à 16 ans, touj. en avance, abond. F. typh. à 11 ans. En avril 1905, accouchem. à terme.	Depuis longtemps doul. d. les deux fosses il., surtout à gauche, à l'occasion de fatigue. En octobre 1905, crise aiguë d'appendicite. Leucorrhée lég. Doul. d. rég. append. au palper.	A gauche : masse (1 noix) doul. immobile. A dr. : simple sensibilité.	Col lég. entr'ouvert. Rétroflexion ut.	Ovarite scléro-kyst. bilat. Rétroflexion. Append. aiguë.	Op. 13-12-06. Ignipunct. des 2 ovaires. Hystéropexie a. crins.	Append.	Hématome de la paroi : sortie le 15 1-05 guérie. Avril 1910 : règles régulières, nausées fréquentes.
39.	L. (A., 31 a., sage-fem. Ent. 12-12-05.	R. à 12 ans. Coqueluche. diphtérie, variole.	Depuis 1 an règles moins abondantes, avec caillots. Neurasthénie. Doul. et empât. d. fosse il. dr. Les côlons sont durs. Vaginisme.	Culs-de-sac latér. doul.	Col abaissé. Utér. rétrofléchi.	Ovarite kyst. bilat. Rétroflexion. Append. chron.	Op. le 15-12-05. Ignipunct. des 2 ovaires. Hystéropexie a. crins.	Append.	Sort guérie 18-1-06. 18-4-10 : très faible, bien réglée, ne souffre plus du ventre.
1906									
40.	F. (M.), 26 a., cuisinière. Ent. 21-12-05.	R. à 14 ans, règle régul., indol., très peu abond. A 22 ans, accouch. à terme. Périnéorrhaphie 5 m. apr. accouch. A 23 ans, métrorrhagie qui dure 2 m. Après cette époque dyspepsie	En février 1905, 1re crise d'append. 14 juillet 1905, 2e crise. Décembre 1905, 3e crise. Leucorrhée abondante. Curettage 28 déc. 1905.	A dr. : ov. scléro-kyst., indol. mobile. A g. : *Idem*.	Utérus petit, mobile. Col gros, déchiré.	Ovarite scléro-kyst. double. Appendicite.	Op. le 5-1-06. Abl. d. annexes droites. Ignipunct. de l'ovaire gauche.	Append.	

41	F. [illegible] ans, jardinière. Entr. 4-1-06.	Réglée à 13 ans. Deux grossesses normales ; cependant métrorrhagie pendant la 2me. Sept. 1905, avortement de 3 mois.	31 oct. 1905, 1re crise d'appendicite. 15 nov., 2e crise. Doul. provoquée au pt. Mac-Burney.	Cul-de-sac g. doul., ovair. vol. et sensib. A dr., idem.	Utér. rétrofl.	Append. aiguë. Ovarite double scléro-kyst. Rétrofl. adhérte.	Op. 12-1-06. Ablation des annexes dr. Ignipunct. ov. g. Hystéropex. aux crins.	Appendicectomie.	
42	F. B., 24 a. confiseuse. Ent. 11-12-05.	Réglée à 13 ans, règles touj. régul., peu abondantes.	Depuis nov. 1905 troubles digestifs. anorexie, pas de constipation. Lég crise d'append. le 3 déc. 1905. A son entrée, on ne provoque pas de doul. de fosse il. dr.	Doul. légère ds cul-de-sac droit.	Utér. abaissé. peu mobile.	Append. aiguë Ov. kyst. doub. Rétro-vers. adhérente.	Op 19-1-06. Ignipunct. des 2 ovaires. Hystéropex. aux crins.	Appendicectomie.	
43	G. (M.), 21 a. Ent. 12-1-06.	Réglée à 12 ans. Janv. 1905, avort. de 3 mois. Depuis, doul. de ventre, métrorrhag. pendant 3 semaines.	Depuis, doul. et métrorrhag, se succèdent irrégulier. A suivi trait. médic., inj. intra-utér. sans résultat. Pt de Mac-Burney doul.	Masse doul. ds cul-de-sac gauche. A dr., sensibilité légère.	Utér. antéfl.	Ovarit. kyst. dr. Salping. gauch. Append. chron.	Op 31-1-06. Ablation des annexes gauches. Ignipunct. de l'ovaire dr.	Appendicectomie.	18 février 1906 : ovaire dr. gros, douloureux.
44	M., 24 ans. Ent. 23-1-06.	Réglée à 13 ans. A 22 ans, avort[t]. Dep. 3 ans, entéro-colite glaireuse. Constip. opiniâtre.	Doul. le long du côlon, très prononc. d. fosse il. dr. Estomac légèrmt dilaté.	A dr.: annexes vol., peu doul. A gauch. annexes douloureuses, peu volumineuses.	Utér. gros, doul., mobile, rétroversé.	Ovarite scléro-kyst. bilat. Rétro-vers. non adhérente. Append. chron.	Op le 14-2-06. Ignipunct. des 2 ovaires. Hystéropexie.	Appendicectomie.	10 avril 1910 : bon état général ; mais encore légère doul. des 2 côtés de l'hypog. au moment des règles, mais ces doul. sont infiniment moindres qu'avant l'opérat. Règles régulières.

Nos	NOMS, AGE PROFESSION Date d'entrée	ANTÉCÉDENTS PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES	TROUBLES ACTUELS ET DATE DE DÉBUT	EXAMEN PHYSIQUE ÉTAT DES OVAIRES	EXAMEN PHYSIQUE ÉTAT DE L'UTÉRUS	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR APP. GÉNITAL	OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR AUTRES APP.	SUITES
45	A. H., 30 a. Ent. 19-1-06.					Ovarite scléro-kyst. bilat. Utérus rétroll. Append. aiguë.	Op. 21-2-06. Ignipunct. des 2 ovaires. Hystéropex. aux crins.	Appendicectomie.	
46	B. (B.), 26 a. cuisinière. Ent. 12-2-06.	Réglée à 19 ans, règles doul., peu abond., régulières Dep. 4 ans, doul. sourde de fosse il. dr. et au niveau des annexes. Subictère interm.	Il y a 1 mois 1/2, à la veille d. règles, crise doul. dans le côté dr.	Ovaire dr., vol., peu doul.	Utér. en rétro-version.	Ovarite scléro-kyst. bilat. Utér. en rétro-version. Append. aiguë.	Op. le 28-5-06. Ignipunct. des 2 ovaires. Ablation d'un petit kyste para-tub. dr. Hystéropex. aux crins.	Appendicectomie.	
47	J., 34 ans, lingère. Ent. 26-2-06.	Réglée à 11 ans. Leucorrhée dep. l'âge de 16 ans. Constip. habituel. Crises répétées de doul. de fosse il. dr.	Dep. 1900, colite muco-membraneuse. En janvier 1906, poussée nouv. d'appendicite Doul. provoquée dans fosse il. dr.			Fibromes utér. Ovarite scléro-kyst. dr. Append. chron.	Op. le 2-3-06. Ignipuncture de l'ovaire dr. Ablat. de quelques fibrom. sous-péritonéaux. Ligamentopex.	Appendicectomie.	
48	L. 27 ans. Ent. 9-2-06.	Réglée à 16 ans. A 25 ans, avort. de 4 mois 1/2. Malade suspecte de bacillose.	Dep. doul. hypog. Doul. provoquée dans fosse il. dr. et le long du côlon.	Annex. gauches forment petite masse très doul. Annexes dr. sensibles.	Col petit. Corps en rétro-vers. doul. mobile.	Ov. kyst. bilat. Rétro-flexion. Append. chron. Epiploïte.	Op. le 9-3-06. Ignipunct. des 2 ov.; résect. partielle préalal lem. Hystéropex. aux crins.	Appendicectomie. Epiploectomie.	18 mars 1906 : abl. des fils. 19 mars : parot. bilat. 23 mars : incis. des deux. 10 avril : contract. doul. du sterno-mast. gauche. Entre 8-20 avril. format. et guéris. d'une fistul. abdom. 20 avril, utérus bien fixé, indol., les deux ovaires sont un peu gros et doul. 24 avril : annexes cessent

49	F. (M.)	Il y a 3 ans fièvre typhoïde.	Depuis digestions diff., ball[t] épig. ap. repas, vomiss. irrég., doul. abd. vagues. Il y a 2 ans, forte crise de vomissem. avec T°. Règles doul. Masse doul. dans fosse il. dr.	Annex. non sensible.	Ut. antéversion normale. Pet. fibrome du fond.	Ovarites, kyst. des 2 côtés. Appendic. chr.	Op. le 14-3-06. Résection part. des 2 ovaires.	Appendic.	
50	T. (L.), 24 a. fem. de ch. Ent. 9-3-06.	Il y a 4 ans lég. crise d'append. Il y a 2 ans blennorrhagie. Malade b. réglée.	Dep. doul. presque continues, plus prononc. dans fosse il. dr. et rég. lomb. Rein dr. ptosé.	Annexes imperceptibles.	Utér. rétroversé.	Ovarite kystiq. intense, bilat. App. chroniq.	Op. le 14-3-06. Résection presque complète des 2 ovaires. Ligamentopex.	Appendic.	
51	M., 24 ans.	Réglée à 12 a. 1/2. Jamais bien réglée, régles doul. A 16 a., accouch. A 17 a., 2[e] acc. Aurait eu un ulcère de l'estomac avec melœna (?)	Depuis 6 ans leucorrhée avec doul. abd. Rég. app. doul. à la palp.	Cul-de-s. g. un peu doul.	Utér. antéfl. Col volum.	Ovarite sclérokyst. bilat. Appendicite.	Op. le 30-3-06. Rés. part. des 2 ovaires.	Appendic.	
52	G. (M.), 30 a. Entr. 9-10-06.					Salping. gauch. Ovarite kys. dr. App. chr. Epiploïte.	Op. le 12-10-06. Ovariot. gauch. Résect. part. de l'ov. dr.	Appendic. Epiploectomie.	
53	G. (M.), 20 a. modiste. E. 29-11-06.	Réglée à 14 ans, régulièrement.	Dep. 1 m. doul. abd. Il y a une 15[e] de jours, crise doul. à maxim. dans fosse il. gauche. Depuis 11 jours ménorrh.	Dans cul-de-sac g. masse résistante du volume d'une orange.	Col petit repous. v. symphyse. Corps petit.	Salp. double. Append. chr. Epiploïte aiguë.	Op. le 5-12-06. Ablation complète des annexes droites. Rés. partielle de l'ov. gauche.	Appendic. Epiploectomie.	23-1-07 : Utérus en bonne position, fixé en avant. A gauche annexes non doul.

Nos	NOMS, AGE PROFESSION Date d'entrée	ANTÉCÉDENTS PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES	TROUBLES ACTUELS ET DATE DE DÉBUT	EXAMEN PHYSIQUE ÉTAT DES OVAIRES	EXAMEN PHYSIQUE ÉTAT DE L'UTÉRUS	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR APP. GÉNITAL	OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR AUTRES APP.	SUITES
54	C., 46 a. Entr. 3-12-06.	Régl. à 14 a., irrégulièrement. Grossess. en 1885. 89 et 90. Aménor. dep. 1 an. Deux avort. en 95. En 1893, métrite et salping. dr.	Depuis a toujours souff. dans le ventre. Depuis 1 mois doul. plus violent. Rég. appen. doul. Pollakiurie.	Annexite ?	Utér. en rétro-flexion.	Ovarite gauche kystique. Rétroflexion. Append. chr. Epiploïte.	Op. le 12-12-06. A g. : résection partielle et curettage de l'ovaire. Hystéropexie.	Appendic. Epiploectomie.	23-1-07 : Utérus bien fixé. Annexes indol. Côlon souple indol. Rein droit perceptible et un peu doul. 15 j. après l'opération il y avait eu une poussée de pyélonéphrite avec rétention rénale.
1907									
55	S (E.), 23 a. Entr. 11-3-07.	Régl. à 10 a., irrégul., peu abond. (2 jours.) doul. A 20 a.: accouch. à terme. A 21 a.: avort. de 4 m. 1/2. Dep. doul. abd., plus fortes pendant règles.	Il y a 15 j. doul. abd. généralisées. Doul. provoquées dans fosse il. dr.	Annexes dr. doul. et un peu aug. de vol. Annexes g. sensibles.	Col mou tr. élevé. Utér. rétrofléchi.	Salping. dr. Ovarite kyst. g. Rétroflexion ut. Append. aiguë.	Op. le 27-3-07. Ablat. de l'ov. dr. Resect. part. de l'ov. gauche. Hystéropexie au catgut.	Appendic.	
56	V., 26 ans, étud. en méd. Ent. 8-12-07.	Régl. à 12 a., règles touj. doul. A 20 a.: accouch au forceps. A 22 a.: 2e acc. Depuis 2 a. 1/2 : 3 avortements.	Depuis 3 a. doul. abd. Doul. prov. au pt append. Entérocolite.			Ovarite sclérokyst. double. Rétroversion. App. chroniq.	Op. le 18-12-07. Resection partielle des 2 ovair. Hystéopexie au catgut.	Appendic.	
57	B. (M.), 23 a. Entr. 16-12-07.	Régl. à 13 a., bien réglée. A 10 a. : chorée. A 15 a. : atrophie muscul. type scapulo-huméral.	Depuis plusieurs années doul. abd. exacerbées pendant règles. Doul. dans rég. append.	Ovarite sclérokyst. bilat.	Rétroversion utér.	Ovarite sclérokyst. double. Rétroversion. Append. chr.	Op. le 18-12-07. Enucléation de petits kystes, résect. partielle des 2 ovaires. Hystéropexie.	Appendic.	

58	T. (E.), 22 a. domestique. Ent. 9-3-08.	Régl. à 15 a., règles plut. en avanc. A 18 a. : avortement de 7 m. suivi de curettage.	Depuis 10 mois, doul. abd. vagues. Pts doul. dans les 2 fosses iliaques.	A g. masse annex. noire fluctuante. A dr. rien.	Rétroversion avec antéversion.	Ovarite sclérokyst. bilat. plus accusée à g. Rétroversion ut.	Op. le 15-4-08. Résection part. des 2 ovaires.	Appendic	
59	S. (M.), 20 a. Ent. 29-4-08.	Régl. à 15 a., rég. Scarlatine à 18 a. A 19 a. avortem. de 2 mois 1/2.	Depuis, douleurs fréquentes surtout vers la hanche dr., pron. pendant règl. Leucorrhée. Digestions bonn Entéro-colite glair. Doul. provoq. au point appendical.	Annex. sensib. des 2 côt. A g. un peu d'empâtem.	Utérus petit, rétrofléchi.	Ovarite kystiq. bilat. Rétroflex. ut.	Op. le 19 mai 08. Résection de la trompe dr. Résection part. des 2 ovaires. Ligamentopex.	Appendic.	18 avril 1910 : Annexes g. légèrement sensibles. Uter. en bonne position.
60	L. (F.), 28 a., domestique. Ent. 3-4-08.	Règl. à 13 a., rég. A 20 ans 1 enfant.	Le 24 mars 1908, au moment ds règl., crise doul. abd. av. Te. Ménorrh. qui dure jusqu'au 8 avr. Curettage le 9 avril. P. append. doul. Recto cysto-cèle.	A dr. ovaire adhérent. A g. annexe sensible.	Col ectrop. Corps en antéfl. congénit. Petit fibrome sus-isthmiq.	Ovarite sclérokyst. double. Append. chron.	Op. le 22-5-08. Cautérisation et suture des 2 ov Hystérop. aux crins.	Appendic.	Revue le 28 sept. 08 : Utér. bien fixé, en bonne posit.
61	B. M., 26 a. Entrée 7-4-08.	Règl. à 12 a., rég. doul. pendant règl. Rougeole ds enf. F. typh. à 18 a. 2 flux. de poitr. et bronch. fréquentes. Angines nombr. A 19 a. : 1 enfant. A 23 ans : avort. de 4 mois.	La femme enceinte de 2 mois 1/2, fait le 2 avril une viol. crise de doul. abd., suivie d'avort. 4 jours plus tard. Doul. provoq. au p. de Mac-Burney.	Annexes un peu doul.	Utér. un peu gros.	Append. aiguë. Ovarite sclérokyst. bilat.	Op. le 29-5-08. Résection part. de l'ovaire dr. et ignipunct. de l'ov. gauche. Hystér. catgut.	Appendic.	

Nos	NOMS, AGE PROFESSION Date d'entrée	ANTÉCÉDENTS PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES	TROUBLES ACTUELS ET DATE DE DÉBUT	EXAMEN PHYSIQUE ÉTAT DES OVAIRES	EXAMEN PHYSIQUE ÉTAT DE L'UTÉRUS	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR APP. GÉNITAL	OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR AUTRES APP.	SUITES
62	C. (J.), 27 a. Entr. 23-10-08.	Règl. à 10 a. 1/2. Aménorrhée de 11 à 14 ans. Règl. irrég., avance ou retard. A 19 a. : accouch. à terme. A 22 ans : Salp. double. Dyspepsie gastro-intest. depuis 4 a.	Depuis longtemps doul. abd., pronon. depuis 15 jours. Point de douleur maxim. en dehors du point vésiculaire. Doul. modérée au point appendiculre. Doul. le long du côlon.	Annexes g. douloureuses.	Utérus antéfléchi, un peu gros.	Salping. g. Ovarite kyst. dr. Append. chron. Epiploïte.	Op. le 14-11 08. Ablat. des ann. gauches. Résection part. de l'ovaire droit.	Appendic. Epiploect.	Sortie guérie le 30-12-08. Utérus en bonne position, indolore.
63	L. (A.), 31 a. Entr. 5-10-08.	Règl. à 13 a., rég. A eu 4 enfants. A 23 a., hystérop.	Le 2 octobre 08, crise doul. d. l'abd. avec vomissements bilieux et Te. Doul. provoq. et défense muscul. ds fosse il. dr. masse large de 3 travers de doigt.			Ov. kyst. doubl. Append. aiguë.	Op. le 20-11-08. Résection part. des 2 ovaires. Hystérop. isthm.	Appendic. Epiploect.	
64	T. (F.), 24 a. Ent. 13-11-08.	R. à 13 a. 1/2, rég. A 19 a. : 1 enfant. Depuis l'âge de 15 ans doul. abd. vag.	Le 5 sept. 08, crise doul., aiguë ds fosse il. droite. Le 2 nov. nouvelle crise. Doul. provoq au creux épig., angle dr. du côlon : cœcum.	Les annexes sont doulour., surtout à g.	Col mou. Corps mob., rétrofléchi	Ovarite sclérokyst. double. Append. chron. Epiploïte.	Op. le 4-12-08. Résection part. des 2 ovaires.	Appendic. Epiploect.	18 avril 1910 : Côlon soupl., indolore. Jusqu'au mois der. règles indol. Au mois dern. 3 pertes de sang. Utérus en bonne position, ann. indol.
65	C. (M.), 22 a. 1/2, coutur. E. 20-11-08	Règl. à 14 a., rég. 1905 : 1 enfant. 1906 : 2e enfant. Depuis, doul. abd. et règles irrégul., leucorrhée. En juil. 08 : blenn.	Le 15 nov. 1908, les doul. deviennent viol. et leucorrhée augmente. Doul. s. le côlon.	Ann. doul.	C. entr'ouv. œdématié. Utér. antéfl. doul.	Ovarite sclérokyst. double. Append. chron.	Op. le 9-12-08. Résection part. de l'ovaire droit. Hystérop. aux crins.	Appendic.	

66	B. (G.), 19 a. Entr. 11-9-08.	Règl. à 12 a. ; régl. irrég. depuis 15 m., doul. Leucorrhée. Curettage à 17 a.	Doul. abd. depuis 2 ans : const. rebel. Doul. provoq. au point appendicul.	Ov. dr. gr. dur, doul.	Col normal, dévié à g. Cor. en latéro-vers. droit.	Annexite doubl. Rétro-latéro-vers. utérine.	Op. le 11-12-08. Résection part. des 2 ovaires. Hystérop. aux crins.	Appendic.	23 mai 1910 : Utérus bien fixé, indolore. Ovaires doul., un peu d'annexite.
67	L., 23 ans. domestique.					Annexite g. Ovarite kyst. dr. Append. chron. Epiploïte.	Op. le 16-12-08. Résection part. des 2 ovaires.	Appendic. Epiploect.	
1909									
68	H. (L.), 24 a., infirmière. Ent. 22-3-09	Réglée à 16 ans, régul. jusqu'à son accouchement. A 22 ans. 1 enf. Depuis, leucorrh. et doul. dans les fosses iliaques.	Depuis 1 an, augment. de tous ces troubles. Pas de troubles digestifs. Doul. sur côlon transv.		Col déchiré. Rétroflexion utérine.	Ovar. kyst. dr. Rétroflexion. Appendicite et épiploïte chron.	Op. le 30-4-09. Résec. post. de l'ovaire dr. Hystéropexie.	Appendic. Epiploect.	
69	M., 32 ans. Ent. 16-4-09.					Ov. scléro-kyst double. Epiploïte et append. chron.	Op. le 12-5-09. Résec. part. des 2 ovaires Hystéropex. aux crins.	Appendic. Epiploect.	
70	M. (E.), 30 a. Ent. 18-5-09.	Réglée à 13 ans, régul., sans doul. Constipat. habit., bonnes digestions. A eu 1 enf. (1907).	Prolaps. génital apr. son accouch. Excel. état génér. Cystocèle.	Rien ds les culs-de-sac, d'anormal.	Col entr'ouvert. Utér. un peu gros.	Ov. kyst. doubl. Rétroversion. App. et épipl. chroniques.	Op. le 22-6-09. Résect. part. de l'ovaire droit. Hystéropx. aux crins.	Appendic. Epiploect.	24 avril 1910 : Bien réglée. Digestions excellentes.
71	G., 25 ans. Ent. 15-9-09.	Réglée à 11 ans, régul. mais avec douleurs. A 10 a., rougeole. Leucorrhée. Depuis 18 mois, dysménor. et dyspepsie.	Dep. 2 mois, doul. vives dans foss. il. dr., s'exagèrt pendt règles. Point appendiculaire doul.	A dr. annex. très doul. A gauc. rien d'appréciable.	Utér. infant. en antéflex.	Ov. kyst. bilat. App. chron.	Op. le 5-10-09. Résec. part. des 2 ovaires. Ablat. de la trompe g.	Appendic.	7 oct. 1909 : léger ictère qui disp. complétement.

Nos	NOMS. AGE PROFESSION Date d'entrée	ANTÉCÉDENTS PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES	TROUBLES ACTUELS ET DATE DE DÉBUT	EXAMEN PHYSIQUE ÉTAT DES OVAIRES	EXAMEN PHYSIQUE ÉTAT DE L'UTÉRUS	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR APP. GÉNITAL	OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR AUTRES APP.	SUITES
72	G.. 28 ans. Ent. 20-9-09.	Réglée à 16 ans, toujours doul. 1 enfant. Leucorrh. depuis 10 ans. Constip. habit.	Dep. 6 mois, doul. abd. à l'occasion de fatigues. Doul. prov. dans hypog. à gauche.	Annex. doul. des 2 côtés. De plus, à gauch. trompe collée à l'utérus. (empâtement)	Col mou. Utér. fibromateux.	Ov. kyst. bilat. App. et épipl. chroniques.	Op. le 8-10-09. Résec. part. des 2 ovaires.	Appendicio. Epiploect.	
73	B.. 38 ans. Ent. 27-9-09.	Réglée à 15 ans, régul. mais doul. A eu 3 enfants. F.-couche prob. il y a 1 an. Leucorrhée.	Depuis le 5 juin, douleurs abdom. et métrorrhagies répétées. Doul. gastr. après les repas. Doul. au pt appendicite. Cystocèle légère.	Annexite g. du vol. d'une mandarine. Annexes dr. légèrem. perceptibles.	Col déchiré. Corps en anteflex. norm.	Ovarite double scléro-kyst. App. et épipl. chroniques.	Op. le 8-10-09. Resec. part. des 2 ovaires. Hystéropex. au catgut.	Appendicte Epiploect.	Sortie le 28-10 09. 21 févr. 1910 : malade continue à souffrir du côté dr. et a avoir des pertes blanch. Salpingites gauche et dr.
74	G., 27 ans., couturière. Ent. 14-12-09.	Réglée à 13 ans; épistaxis menstr. A 17 ans, anémie. A 19 ans, doul. abd. au mom. des règles surtout. Dyspepsie, constipat., hémorrhoïd. Neurasthénie. Ménorrhagies et métrorrhagies.	En oct. 09. doul. très intenses, pertes blanches très abondantes.	Annexite g. légère.	Col petit. Corps rétrofléchi.	Annexite doub. Utér. rétrofléchi et fibromateux. App. chron.	Op. le 29-12-09. Resec. part. des 2 ovaires. Enucléat. d'un fibrome utérin. Hystéropx. aux crins.	Appendicte.	14 mars 1910 : Utérus bien fixé. Annexes non doulour. Intestin en bon état. Bon appétit.

75	H. (G.), 42 a. Ent. 20-1-10.	Réglée à 11 ans. régulièrement. A eu 5 enfants. Il y a 7 a., avort. Entéro-colite depuis 7 ans.	17 oct. 1909, 1re crise d'append. av. temp. 39°8. 3 mois plus tard, 2e crise. Doul. nette au pt append. Tout le côlon douloureux.			Ov. kyst. bilat. Append. aiguë.	Op. le 11-1-10. Résec. part. des 2 ovaires. Ligamentopex.	Appendicie. Epiploect.	4 avril 1910 : bien réglée depuis l'opér. Utérus un peu gros, un peu sensible, en bonne position. Annexes indolores.
76	B. (R.), 24 a. Ent. 30-9-09.	Rougeole à 10 a. 10 sept. 09, avort. de 3 mois.	Vers la fin sept., doul. violent. génabd., vomissements porracés. T. 40°9. Grosse masse occupant tout l'hypogastre et remont. jusqu'à l'ombilic.	Touch. pratiqué le 10 jan. montre grosse trompe gauch. périsalp. dr.		Salping. doubl. Append aiguë. Epiploïte.	Op. le 16-2-10. Abl. des annex. gauches et de la trompe dr. Ignipunctur. de l'ovaire droit.	Appendicie. Epiploect.	
77	G. (M.), 23 a. Entrée 9-2-10.	Régl. à 12 a., rég. Depuis l'âge de 18 ans, règles doul.	Doul. abd. légèr., surtout ds fos. il. g.	An. imperc.	Col petit. Corps un p. gr., rétro-vers.	Ovarite kyst. g. Rétrovers. utér. Append. chron.	Op. le 23-2-10. Résect. part. de l'ovaire gauche. Hystérop. aux crins.	Appendicie.	
78	V. (M.), 25 a. Entr. 20-12-09.	Règles à 17 ans. Un peu d'avance. 1907 : Avort. de 2 mois 1/2, non suivi de curettage. Depuis, métrorrh. répétées. neurasth.	Depuis 2 mois 1/2 métrorrhag. contin. Vers le 1er janv. 10 arrêt du sang : leuc. Douleur abd. mal localisée.	An. imperc., doul. Les g. sont prolabées dans Douglas.	Col pet. entr'ouvert Cor. rétrofl.	Salpingite dr. Ovarite double. Rétroflexion. Append. aiguë.	Op. le 25 fév. 10. Résect. des 3/4 de l'ov. dr. et 2/3 de l'ov. gauche. Hyst. aux crins.	Appendicie.	

Nos	NOMS, AGE PROFESSION Date d'entrée	ANTÉCÉDENTS PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES	TROUBLES ACTUELS ET DATE DE DÉBUT	EXAMEN PHYSIQUE ÉTAT DES OVAIRES	EXAMEN PHYSIQUE ÉTAT DE L'UTÉRUS	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR APP. GÉNITAL	OPÉRATIONS PRATIQUÉES SUR AUTRES APP.	SUITES
79	H. 28 ans, mécanicienne. Ent. 11-2-10.					Ovarite scléro-kyst. double. Rétrovers. utér.	Op. le 30-3-10. Abl. des annexes droites. Résection part. de l'ovaire g. Hyster. catgut.	Appendicite.	»
80	F. M., 30 a., mécanicienne. Ent. 5-7-09.	Torsion et ablat. d'un polype utérin le 27 novemb. 1903.				Ov. kyst. bilat.	Op. le 20-8-09. Résection part. des 2 ovaires. Hyst. aux crins.		1er mai 1910 : bien réglée, sans doul., tandis qu'avant l'op. les règles étaient doul. Utérus en bonne position, un peu sensible.
81	C., 25 ans, blanchiss. E. 30-11-09.					Ovarite scléro-kyst double. Append. aiguë.	Op. 30 déc. 09. Résection bilat. part. des ovaires. Ligamentopie.	Appendicite.	1er mai 1910 : bien réglée, mais céphalée 1 jour avant règles. Etat local parfait. Digestion très bonne.

REVUE GÉNÉRALE DE LA QUESTION ENVISAGÉE D'APRÈS LES RÉSULTATS OBTENUS DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

Avant d'indiquer, en quelques lignes, les conclusions générales de notre travail, il nous semble indispensable de faire en quelque sorte une étude d'ensemble du traitement des salpingo-ovarites, envisagée d'après les résultats obtenus dans le service de M. de Rouville.

Nous croyons que nous ne saurions mieux faire que de laisser la parole à M. le professeur de Rouville lui-même. Nous voulons dire que nous allons publier ici la communication (1) de notre excellent maître au Congrès français de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Toulouse (septembre 1910) sur le sujet qui nous occupe aujourd'hui, et dont, — nous devons le dire ici —, nous nous sommes inspiré pour la mise au point de notre modeste travail.

Tous ceux qui ont eu le bonheur de connaître le haut enseignement de M. de Rouville retrouveront dans ces lignes l'énergie et la vigueur de style, associées à la clarté et à la concision auxquelles les a habitués le maître qu'ils aiment.

« Si l'intervention à chaud dans l'appendicite compte

(1) Considérations sur le traitement des salpingo-ovarites chroniques, basées sur 130 observations personnelles par le professeur de Rouville.

encore quelques partisans, l'unanimité est, je pense, acquise, touchant la nécessité de l'intervention à froid dans les salpingo-ovarites, et c'est à cette conduite, comme aussi à la sûreté de notre technique, qu'est due l'excellence de nos résultats. En dehors de l'évacuation éventuelle d'un foyer purulent septique par le ventre ou par le vagin, il est rare que le chirurgien ait à intervenir pendant la phase de refroidissement des lésions, et l'hystérectomie vaginale ne se trouve qu'exceptionnellement indiquée, aux cas de poches purulentes multiples et inaccessibles à la colpotomie ; c'est là, du reste, quelque exceptionnelle qu'elle puisse être, une des indications les moins contestables de cette merveilleuse opération. Je voudrais dire ici, en me basant sur 130 faits personnels, scrupuleusement observés, ce que je pense du traitement des salpingo-ovarites chroniques :

» Il y a des femmes chez lesquelles, après une phase plus ou moins longue d'inflammation aiguë et subaiguë, persistent des lésions incontestables au toucher ; mais ces femmes ne souffrent pas ; ce sont là, et le professeur Pozzi a bien noté le fait, des lésions de guérison ; on les découvre à l'occasion d'un examen pratiqué pour toute autre cause ; les lésions mortes peuvent, dans certains cas, nécessiter une intervention chirurgicale, par les troubles de compression qu'elles déterminent sur les organes voisins (rectum, nerfs, etc.). Je suis intervenu deux fois, dans ces conditions, avec succès. Mais l'immense majorité des salpingo-ovarites chroniques sont douloureuses, et, en dehors des poussées aiguës dont elles peuvent devenir le siège, déterminent un état continu de sensibilité douloureuse du bas-ventre, qui s'oppose à tout travail un peu pénible, et, par leur retentissement sur l'état général, constituent une véritable infirmité permanente. Si, dans la

clientèle privée, il est possible, par une thérapeutique de longue haleine, d'obtenir une guérison fonctionnelle, équivalente à une quasi-guérison anatomique, les faits en grand nombre, que j'ai personnellement observés, me portent à conclure que le traitement non-opératoire est, dans la classe pauvre, le plus souvent inefficace, et ne sert qu'à faire perdre à ces femmes, obligées de travailler pour vivre et faire vivre leur famille, un temps précieux ; car si une amélioration, parfois considérable, déterminée par le traitement dont le repos est l'essentiel élément, est de règle après un séjour prolongé dans nos salles, et peut faire croire à la malade que sa guérison est enfin obtenue, nous ne saurions, quant à nous, partager cette illusion ; toutes les malades, sorties de mon service se croyant guéries et refusant l'intervention, qu'instruit par l'expérience, je les pressai d'accepter, me sont revenues, ramenées à l'hôpital par le retour des douleurs, des troubles intestinaux, par l'altération progressive de leur santé générale, et vous retrouverez leurs observations au chapitre des salpingo-ovarites chroniques opérées par le vagin ou par le ventre, de façon radicale ou économique.

» Je dis radicalement ou économiquement, car il est loin de ma pensée et de ma pratique de vouer à une castration inéluctable toutes les femmes atteintes de salpingo-ovarites chroniques douloureuses. Et ici se pose le grave et angoissant problème du traitement conservateur dans les annexites chroniques, traitement inauguré et brillamment défendu en France par le professeur Pozzi ; problème grave, puisque de sa solution va dépendre la perte ou le maintien de la fécondité d'un grand nombre de femmes ; problème angoissant, car je n'en connais pas de plus sérieux et de plus difficile à résoudre, je n'en sais pas qui mette à une plus rude épreuve la conscience du

chirurgien ; n'est-ce pas ici le lieu de répéter que la question sociale est une question morale ? Enlever tout ce qui est malade et définitivement perdu pour la fonction, mais respecter la fonction en en respectant les organes, tel est le double but que tout gynécologue, conscient de ses devoirs, doit se proposer avant toute intervention. L'ablation de l'utérus et des annexes est aujourd'hui chose le plus souvent facile et d'une grande bénignité, et les malades n'ont que trop de tendance à nous affranchir de notre réserve par le désir nettement exprimé d'être débarrassées d'un coup de la totalité de leurs organes et de se voir ainsi guéries pour toujours ; et il faut reconnaître que seule l'ablation totale donne la certitude d'une guérison complète et définitive ; en sorte que si nous n'entrevoyions nous-mêmes la possibilité d'atteindre le même but à moins de frais, je veux dire de guérir sans stériliser, notre parti serait vite pris. Mais les faits se multiplient qui montrent que l'objectif physiologique en gynécologie n'est pas une utopie, et sur 32 opérations conservatrices, je compte, à l'heure actuelle, 32 guérisons complètes et 3 grossesses (1).

» Nous sommes évidemment, Messieurs, tous d'accord sur le principe ; mais chacun se fait naturellement sur l'opportunité de son application, une opinion conforme aux résultats de sa pratique, et tandis que Hyde, par exemple, pense que « le courant dans le sens de la conser- » vation a été trop rapide », nous voyons Walther Manton (de Détroit) baser sur ses nombreux succès une esti-

---

(1) Depuis sa communication au Congrès de Toulouse, M. le professeur de Rouville, compte une grossesse de plus survenue chez une femme ayant subi une opération conservatrice des ovaires, soit en tout quatre grossesses

mation des plus favorables. La raison de ces divergences et de la variabilité de nos résultats tient aux difficultés d'appréciation, relativement à l'état de santé ou de maladie de certaines annexes, et, en dehors des cas où la bilatéralité manifeste des lésions ne saurait laisser aucun doute sur la nécessité d'une ablation totale, combien sont nombreux les cas où, pièces en mains, nous hésitons sur le sort à faire subir à un ovaire et à une trompe, et nous prenons hâtivement une détermination que, seule, nous inspire une impression superficielle ; nous enlevons ou nous conservons ces organes sans trop savoir pourquoi, remettant à l'avenir le soin de nous renseigner sur le plus ou moins d'opportunité de notre décision.

» En l'absence de critérium anatomique nous permettant d'apprécier à coup sûr l'état sain ou pathologique d'un ovaire, j'estime que c'est à la clinique que nous devons demander la solution du problème, et par la recherche attentive de la sensibilité normale ou pathologique de l'ovaire, qu'avec un peu d'habitude de l'examen gynécologique on arrive à apprécier de façon très suffisante, j'ai pu, dans maintes circonstances, fixer très approximativement, avant l'intervention, ma conduite opératoire, qu'est venu par la suite justifier le résultat obtenu. Il va de soi que l'examen direct de l'ovaire et de la trompe, complément indispensable de l'exploration pré-opératoire, ne saurait être pratiqué avec trop de soin.

» J'ai renoncé, comme bien d'autres, à l'ignipuncture de l'ovaire, ayant dû ré-opérer huit malades chez lesquelles l'ovaire, ignipuncturé lors de la première intervention, avait doublé de volume, contracté des adhérences, et déterminait de vives douleurs. J'ai eu recours chez trente-deux malades à la résection de l'ovaire, après extirpation des annexes du côté opposé et vérification préalable, par

le cathétérisme, de la perméabilité de la trompe : toutes ces malades ont guéri et trois sont devenues enceintes. J'ai toujours fait cette résection très large, respectant seulement la zone de tissu ovarien avoisinant immédiatement le hile.

» En dehors de la destruction d'adhérences péritubaires, déviant et coudant la trompe, je n'ai jamais eu recours aux opérations conservatrices sur cet organe ; la salpingostomie n'a donné, jusqu'à ce jour, que des résultats problématiques, et si le pavillon est oblitéré, je conserve des doutes sur l'aptitude au fonctionnement normal du conduit tubaire, après création d'une bouche artificielle. L'oblitération de la trompe m'a paru toujours nécessiter l'extirpation de l'ovaire, et j'avoue ne pas saisir l'intérêt que peut offrir chez une femme privée de ses trompes la conservation d'un ovaire qui, au cas de salpingo-ovarite, a toutes les chances d'être infecté. Je suis, à cet égard, de l'avis de J.-L. Faure : « Il vaut mieux, chez » une femme, à laquelle l'extirpation des trompes enlève » toute possibilité de devenir mère, risquer les troubles » légers d'une castration totale, plutôt que voir persister » des douleurs et affronter une opération ; il est plus » grave de conserver des ovaires malades que de sacri- » fier des ovaires sains. »

» Ma statistique d'opérations conservatrices porte sur vingt cas ; j'ai dû ré-opérer huit malades, pour leur enlever les annexes que j'avais cru pouvoir conserver en totalité ou en partie ; les trente-deux autres ont guéri ; je rappelle que trois sont devenues enceintes.

» Autrement simples sont les termes du problème au cas de lésions manifestement bilatérales ; le traitement conservateur perd ici tous ses droits ; dès lors, plus de fonction à respecter ; l'unique but à poursuivre est l'ex-

tirpation de la totalité des lésions, sans arrière-pensée de conservation possible. Mon expérience personnelle tend à me faire admettre la rareté des annexites anatomiquement unilatérales, et en présence d'une salpingo-ovarite cliniquement unilatérale chez une femme proche de la ménopause ou ménopausée, je recours volontiers à l'extirpation totale. Et la question qui se pose maintenant est celle de la voie à suivre pour pratiquer cette extirpation.

» Contrairement à la presque unanimité de mes collègues français, je reste partisan convaincu de la voie vaginale, dont les indications, pour être fort restreintes, n'en sont pas moins pratiquement fort précises. J'ai dit, au Congrès de chirurgie, en 1909, dans quelles limites je suis resté fidèle à l'hystérectomie vaginale, et la thèse de mon élève Bochot (Montpellier, 1908-1909) résume, sur ce point, ma pratique. Je ne reviendrai donc pas ici sur les indications que je reconnais à cette excellente opération, me bornant à formuler à nouveau le regret que l'hystérectomie vaginale, opération toute française, et dont on apprécie de plus en plus, en Allemagne, les merveilleux résultats, soit, à l'heure actuelle, presque universellement abandonnée chez nous.

« Je n'ai fait qu'une fois la salpingectomie unilatérale par le vagin ; la voie haute est, en pareil cas, infiniment préférable. Ma dernière série d'hystérectomies vaginales pour annexites chroniques porte sur 14 cas, tous suivis de guérison complète et définitive ; sur ces 14 cas, je n'ai observé qu'une fistulette stercorale, cicatrisée en huit jours.

» Ma dernière série d'hystérectomies abdominales pour salpingo-ovarites porte sur 34 cas ; j'ai fait 21 fois l'hystérectomie subtotale et 13 fois l'hystérectomie totale ; toutes mes malades ont guéri. En principe, mes préférences sont

en faveur de l'hystérectomie subtotale, sinon plus bénigne, du moins plus simple et plus rapide ; mais ces avantages ne me rendent point exclusif, et j'ai toujours recours à la totale, lorsqu'un bon drainage (rupture d'un foyer purulent, hémostase difficile et imparfaite) me paraît indiqué (je draine par le vagin) et lorsque le col n'est pas indemne (cervicite chronique, ectropion, éversion de la muqueuse, lacération). Je n'ai jamais beaucoup redouté le « péril vaginal », qui me paraît, du reste, réduit à zéro, depuis que systématiquement je stérilise le vagin à la teinture d'iode avant mes interventions. Je suis également très éclectique en ce qui concerne le choix des procédés opératoires ; la disposition des lésions est ici mon seul guide.

» Cinq fois seulement j'ai laissé l'utérus en place après ablation des deux annexes ; je pensais, en conservant cet organe qui me paraissait sain, favoriser le maintien de la statique pelvienne normale ; mais je pense aujourd'hui que l'hystérectomie est le complément indispensable de l'ablation bilatérale des annexes, même dans le cas d'ovarites puerpérales que caractérise, cliniquement et anatomiquement, la localisation exclusive des lésions aux ovaires infectés par la voie lymphatique ; car, d'une part, je n'ai jamais observé, après mes hystérectomies, de troubles pelviens d'ordre statique, et, d'autre part, une de mes opérées, dont j'ai conservé l'utérus, continue à souffrir du ventre et je vais être obligé de l'hystérectomiser secondairement.

» L'ovariectomie double, sans hystérectomie, me paraît au contraire indiquée, de par sa simplicité et sa rapidité d'exécution chez certaine femmes, sans antécédents d'infection (puerpérale ou gonococcique) dont les ovaires sclérokystiques sont le siège exclusif des douleurs, et dont l'utérus, peu ou prou augmenté de volume, mobile et insensible, saigne volontiers et présente parfois quelques petits

fibromes facilement énucléables. Chez quatre malades arthritiques nerveuses, que des douleurs nettement ovariennes intolérables et n'ayant cédé à aucune médication locale ou générale rendaient véritablement impotentes, j'ai pratiqué l'ovariectomie avec le plus grand succès. Mais il ne s'agit pas là d'infection salpingo-ovarienne, et je n'insiste pas.

» Les accidents consécutifs à l'ablation bilatérale des ovaires me paraissent, si je m'en tiens aux faits que j'ai personnellement observés, avoir été singulièrement exagérés. Plusieurs de mes opérées ont beaucoup engraissé : d'autres, plus rares, ont accusé des bouffées de chaleur et un certain énervement ; mais ces troubles, inconstants, d'ailleurs, sont toujours allés en s'atténuant progressivement, jusqu'à disparaître au bout de quelques mois. Une seule de mes malades, très neurasthénique avant l'intervention, a vu son état nerveux s'aggraver après, dans des proportions inquiétantes ; mais le terrain était chez elle bien préparé ! Aussi la crainte de voir apparaître ces troubles entre-t-elle pour une bien faible part dans mes préoccupations de gynécologue conservateur. Toutes mes opérées d'ovariectomie double ont vu disparaître leurs règles ; chez deux malades, une métrorrhagie est apparue dès le lendemain de l'intervention, a duré deux jours, et a cessé pour ne plus se reproduire. Je ne saurais me prononcer exactement sur le degré d'efficacité de l'opothérapie ovarienne ou du seul corps jaune dont je ne manque jamais de faire usage quand l'indication s'en présente ; cette action m'a toujours paru d'une interprétation difficile. Je note, en terminant, que chez la grande majorité de mes opérées, l'appétit génital est resté ce qu'il était avant ; chez quelques-unes, il est devenu plus vif ; chez aucune je n'ai constaté sa diminution ou sa disparition. Je n'ai jamais eu recours aux greffes d'ovaire. »

CONCLUSIONS

1° La clientèle pauvre, la clientèle des hôpitaux, ne semble pas bénéficier du traitement médical ;

2° La colpotomie sera réservée aux cas suivants :

a) Si la malade présente une grande collection du cul-de-sac de Douglas qui menace de s'ouvrir dans les culs-de-sac vaginaux ;

b) Si les accidents aigus sont graves et ne semblent pas devoir céder au repos absolu.

3° L'hystérectomie vaginale sera réservée aux cas où l'état général sera grave et l'infection annexielle particulièrement virulente ;

4° *a*) L'hystérectomie abdominale sera le traitement opératoire de choix des lésions inflammatoires des annexes, lorsque les lésions sont bilatérales, et dans les salpingo-ovarites unilatérales lorsque l'utérus est très gravement infecté ;

b) L'hystérectomie totale sera indiquée dans les cas d'inflammation aiguë ou de fibrome concomitant du col et dans les cas de grandes suppurations pelviennes nécessitant un large drainage par le vagin.

c) L'hystérectomie subtotale, abstraction faite des réserves précédentes, est la méthode opératoire de choix. Elle est plus aisée, plus simple, plus courte que la totale ;

enfin, elle facilite l'hémostase ; elle doit à ces avantages une bénignité remarquable et bien établie par les statistiques. Les résultats éloignés sont très satisfaisants ;

d) Le choix de la méthode et surtout du procédé opératoire se décide le plus souvent au cours même de l'intervention. C'est alors seulement que le chirurgien peut juger de l'opportunité de telle ou telle technique.

5° Les opérations conservatrices seront indiquées chez les femmes jeunes, ou encore éloignées de la ménopause et n'ayant pas eu beaucoup d'enfants. Le chirurgien ne se décidera pour cette méthode que dans les cas d'unilatéralité des lésions ou encore dans les cas où l'examen des organes en place permettra de constater que tout ou partie de ces organes est encore susceptible de remplir sa fonction.

Dans tous les cas de salpingo-ovarite traités par des opérations conservatrices et pour lesquels une opération itérative a été nécessaire, les résultats immédiats et éloignés de cette seconde intervention ont été aussi satisfaisants que lors d'une première laparotomie.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Acquaviva et Roux. — Traitement chirurgical des salpingites. *Revue de Chirurgie,* Paris, 1903, XXIII, 60 ; 159 ; 361.

Anwandter. — La Hysterectomia abdominal total (metodo yankee) como tratiamento chirurgico de las afeciones bilaterales de los anexos in *Rev. Med. de Chile. Sant de Chile,* 1898, 185, 218, 251.

Auvard. — Traité de Gynécologie, 1894.

Audiard. — Thèse Paris, 1903.

Audiau. — Thèse Paris, 1897.

Ashby. — Some recent cases of hysterectomy illustrating the adventages of both the abdominal and the vaginal routes in *Am. J. Obst. N.-Y.,* 1897, 827-833.

Annales de Gynécologie. —Dernières années.

Baer. — Supra vaginal Hysterectomy for impossible labor, with intra pelvic treatment of the stump. *Tr. Coll. Phys. Phila,* 1896, XXVIII, 27, 35.

Baldy. — Com. Pan. American Med. Congress. *Amer. Journ. of obstetrics,* nov. 1893.

— Hysterectomy. Indic and techn. *Am. J. obst.,* 1893, p. 593-601.

— Extirpation of the uterus in diseases of the adnexa. *Am. J. Obst. N.-Y.,* 1894, 28-33 et *Trib. Am. Gynec. Soc. Philad.,* 1894.

— Pelvic Inflammation. *Ann. Text. BK. Gynec.,* 2e édit., 1898.

Bliesener. — Die abdominale radikaloperation bei endzündlicher Adnexerkrantung. *Monatschr. f. Geb. u. Gynnack.* Berlin, 1896, III, 458, IV, 15 ; 144.

Bouilly. — Traitement des suppurations pelviennes. *Press. Méd.,* Paris, 1896.

— De l'ouverture par la voie vaginale de collections purulentes salpingées et ovariennes. *Bull. Soc. Chir.* 1890.

Camescasse. — Du choix de l'intervention dans les affections des annexes de l'utérus. *Thèse,* Paris, 1893.

Caturani. — Isterectomia abdominale sopravaginale. *Arch. ital. di Gin.,* Napoli, 1903, VI, 255-260.

Coe (H.-C.). — Abdominal hysterectomy for pelvic suppuration. *N.-Y. Jour. Gynec. and Obst.,* 1894, p. 583.

Condamins. — Péritonisation. *Lyon Médical,* 1895.

Cuellar. — Du curettage utérin dans les affections péri-utérines. *Thèse,* Paris, 1891.

Cushing. — The indication for vaginal hysterectomy and for abdominal section in salpingitis pelvic suppuration. *Intern. S. Surg. N. V.,* 1896, 121-124.

— Choice of methods in hysterectomy. *Boston M. a. S. J.,* 1898, 329-332.

Deaver (H.-C.). — Hysterectomy for infections disease of the utérus and uterine appendages. *N.-Y. M. J.,* 1904, 10-12.

Delage. — Hystérectomie abdominale totale dans les inflammations de l'utérus et des annexes. *Thèse* Paris, 1901.

Delagenière. — Congrès de chirurgie, 1893. 617-622. *Proc.-verb.*

— De l'hystérectomie abdom. totale dans certaines lésions suppurées des annexes.

— Indication et technique de la castration abdominale totale pour lésions septiques de l'utérus et des annexes. *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1895, 145-190. *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1895, p. 632. *Congrès de Genève*, 1896.

— Chirurgie de l'utérus. *Congrès de Chir.*, Paris, 1898-1900.

Delbet. — Suppurations pelviennes chez la femme. Paris, 1890.

— Annales de Gynécologie, 1890, *ibid.*, 1896, 2.

Doléris. — Trop de mutilations inutiles ; pas assez de chirurgie conservatrice. *Nouvelles archives d'Obstétrique*, 1892.

— Inflammation chronique de la cavité pelvienne. *La Gynécologie*, 1903.

Duddley. — Chirurgie conservatrice de l'ovaire. *Annales de Gynécologie*, t. II.

Dupont. — Traitement médical des annexites chroniques. *La Clinique*, 1910, n° 15.

Eastman. — The present statuts of supra pubic hysterectomy. *Indiana M. J. Indianapolis*, 1894, 1-7.

Ehrenfest. — Radical and conservative procedures in the treatment of the inflammatory affections of the uterine adnexa. *Saint-Louis M. Rev.*, 1902, 77-78.

Faure (J.-L.). — Sur un nouveau procédé d'hystérectomie abdominale totale. *Presse Méd.*, 1897, p. 237.

— L'hystérectomie abd. totale par sect. méd. *Rev. ill. de polytechn. méd.-chir.*, 1899, 29-37.

— Sur la technique de l'hystérectomie abd. totale dans les suppurations annexielles. *J. des Praticiens*, Paris, 1900.

— L'Hystérectomie subtotale par section première du col. *Bull. Méd.*, Paris, 1900.

Faure (J.-L.). — Chirurgie des annexes de l'utérus. Paris, 1902.

— Technique de l'Hystérectomie abdominale dans les suppurations annexielles. *Presse Méd.*, 1904.

Ferry. — Conséquences physiologiques de l'ablation des ovaires. *Thèse*, Lyon, 1907-1908.

Finkelstein. — *Thèse*, Paris, 1889.

Forgue et Massabuau. — Les ovaires scléro-kystiques. *Rev. de Gyn. et de Chir. abdominale*, 1910.

Franck (L.). — Hysterectomy ; is it justifiable in septic diseases of the appendages. *Ann. Gyn. and Ped. Balt.*, 1897.

Gouilloud. — De la salpingostomie. *Annales de Gynécologie*, 1900, t. II.

Gosset. — Technique de l'Hystérectomie totale avec drainage vaginal. *Journal de Chirurgie*, 1909.

Hartmann. — Traitement des suppurations pelviennes. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, 1896.

— Traitement opératoire des salpingites. *Ibid.*, 1900.

Hégar et Kaltenbach. — General and operative gynecology. *English translation*, 1887.

Hyde. — Remarques sur la chirurgie ovarienne conservatrice. *Semaine Médicale*, 1907, n° 45.

Jonnesco. — Castrat. abd. tot. pour les sept. utéro-annexielles. *Sem. Gynécol.*, Paris, 1897.

Kehrer. — De la valeur de la salpingoplastie de Martin. *Semaine Médicale*, 2 février 1910.

Kelly. — Bulletin of John Hopkin's Hospital 1896, n^{os} 59 et 60, et 1900, n° 108.

— American Journal of Obstetric, 1900.

— Saint-Paul Médical Journal, juin 1901.

Krug. — Hysterectomy in bilateral disease of the appendages. *Am. J. M. Sc. Phila.*, 1894.

Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité médico-chirurgical de Gynécologie, 1898.

Laroyenne. — De la périmétrite chronique compliquée d'un épanchement latent de nature purulente séreuse ou hématique, *Lyon Méd.*, 1886.

— Des métrites chroniques compliquées d'inflammations péri-utérines. *Semaine Médicale*, 1896.

— Traitement des collections purulentes. *Bulletin Société Chir.*, Paris, 1886.

Lawrence. — Treatment of suppurative salpingitis. *International J. Surg. N.-Y.*, 1896, IX.

Le Dentu. — Du traitement des affections inflammatoires des annexes. *Nouvelles Archives d'Obstétrique*, 1891-1892.

Martin (A.). — Handbuch der Krankheiten der Weblichen adnex organen. Leipzig, 1899.

Montprofit. — Etude chirurgicale sur l'inflammation des organes génitaux internes de la femme.

— Les opérations annexielles radicales par la voie abdom. *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1901.

Montgoméry. — Valeur du traitement conservateur dans les opérations sur l'ovaire. *La Gynécologie*, 1906.

Noble. — The treatment of suppuration in the uterine appendages.

Pamard. — *Thèse*, Paris, 1901.

Pantaloni. — *Arch. prov. de Chir.*, 1897, 100-142.

Perrier. — Traitement médical des salpingites. *Concours Médical* 1901.

Pichevin. — Lésions inflammatoires des annexes. *Congrès de Bruxelles ; Nouvelles Archives d'Obstétrique*, 1892.

— Traitement des salpingo-ovarites. *Gazette de Gynécologie*, 15 janvier 1902.

— L'ovario-salpingectomie. *La Gynécologie,* 1903.

Pinard. — Congrès de Paris 1909.

Polk. — Hysterectomy supra-pubic for salpingitis and ovaritis. *N. Y. Gyn. a. Obst.,* 1893.

Pozzi. — Traité de Gynécologie, 1890.

— De la Colpotomie. *Sem. Gynéc.,* février 1898.

— De la laparotomie sous-péritonéale. *Bull. Soc. de Chir.,* 13 avril 1886.

Quénu. — De l'incision du cul-de-sac postérieur. *Soc. de Chir.,* mai 1898.

Reclus. — Clinique chirurgicale de la Pitié, 1894.

— De la pelvi-péritonite aiguë et de son traitement. *Congrès français de Chirurgie,* 1881.

— Pelvipéritonite. *Arch. de Gynécologie,* 1891.

Richelot. — Pyo-salpingite. *Semaine Médicale,* 1889.

Roger. — Thèse de Paris, 1900.

Routier. — Castration unilatérale chez la femme ; sa valeur. *Médecine Moderne,* avril 1891.

— Traitement des suppurations pelviennes et des lésions bilatérales des annexes. *Congr. fr. de Chir.,* 1892.

Rouville (de). — Consultations de Gynécologie. *J.-B. Baillère,* 1902.

Rouville (de) et Tuffier. — XV[e] Congrès de Chirurgie Lisbonne, 1906.

Schantz, Martin, etc. — Verhandlungen V. Congresses deutschen ges. f. Gynecol. 1893.

Schroeder. — Maladies des femmes, 1885.

Segond. — De l'Hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes. *Gaz. Hôpitaux,* 28 février 1891.

— Suppurations pelviennes. *Congrès Bruxelles* 1892.

— Traité de Chirurgie, Duplay et Reclus, t. IV.

SIREDEY. — Traitement médical des salpingo-ovarites. *Journal de Médecine de Paris,* 1906.

TERRIER. — De l'Hystérectomie abdominale totale et partielle. *Rev. de Chir.,* 1897.

— Communication au Congrès français de Chirurgie 1897.

— *Bulletin et Mém. Soc. de Chir.,* 1901.

TERRILLON. — Traitement chirurgical des suppurations pelviennes chez la femme. *Sem. Méd.,* 1886.

VIDAL. — De l'oophorotomie. *Revue de Gyn. et de Chirurgie abdominale,* 1906.

ZACARIAS (Paul). — De la résection de l'ovaire. *La Gynécologie,* 1906.

WALTHER MANTON. — Une série de 100 opérations conservatrices sur les ovaires. *American Gynecological Society,* 1906.

WALTON. — *Drainage utérin.* Gand, 1888.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 7 février 1911.
Le Recteur,
Ant. BENOIST

Vu et approuvé :
Montpellier, le 7 février 1911
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !